WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU „Integruj się z nami- kompleksowe formy aktywizacji społeczno- zawodowej mieszkańców woj. zachodniopomorskiego”			
	1. Zgłoszenie numer _____/_____/_____/CAN/FR	**2. Data wpływu formularza** ____.____._____	**3. Podpis osoby przyjmującej**

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Do udziału w projekcie „Integruj się z nami- kompleksowe formy aktywizacji społeczno- zawodowej mieszkańców woj. zachodniopomorskiego”

realizowanego w ramach Priorytetu VII– Włączenie społeczne, Działanie 7.2 – Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej, numer umowy UDA-RPZP.07.02.00-32-K009/16-00

Uwaga!

1. Prosimy wypełnić wszystkie pola czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo.
2. W przypadku, w którym dane pole nie dotyczy osoby wypełniającej należy wpisać „nie dotyczy”.
3. Formularz powinien być kompletny, podpisany we wskazanych miejscach, zaparafowany na każdej stronie oraz spięty.
4. Formularz można złożyć drogą mailową na adres can@twk.szczecin.pl(oryginał należy dostarczyć najpóźniej na spotkanie z doradcą), jak też osobiście lub za pośrednictwem poczty do Biura Projektu
5. Formularz można przesłać pocztą na adres siedziby Beneficjenta w zaklejonej kopercie opisanej w następujący sposób:

Nadawca: Imię, Nazwisko, adres do korespondencji Kandydata/ki

Nadawca: Imię, Nazwisko, adres do korespondencji Kandydata/ki

Adres Odbiorcy: POLSKIE TOWARZYSTWO WALKI Z KALECTWEM ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI W SZCZECINIE
al. Wielkopolska 32/1, 70-450 Szczecin

z dopiskiem: Zgłoszenie do Projektu „Integruj się z nami- kompleksowe formy aktywizacji społeczno- zawodowej mieszkańców województwa zachodniopomorskiego”.

A. DANE KANDYDATA/KI NA UCZESTNIKA/CZKĘ W PROJEKCIE

A1. DANE IDENTYFIKACYJNE

4. Nazwisko	5. Imię (imiona)	6. PESEL	7. Płeć
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

A2. ADRES ZAMIESZKANIA

8. Województwo	9. Powiat	10. Miejscowość	11. Kod pocztowy
12. Ulica	**13. Numer budynku**	**14. Numer lokalu**	**15. Telefon stacjonarny**

16. Telefon komórkowy	17. E-mail

18. Obszar zamieszkania (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ MIEJSKI (obszar położony w granicach administracyjnych miast)

☐ WIEJSKI (gmina wiejska, miejsko - wiejska oraz miasto do 25 tyś. mieszkańców wg Kodeksu Cywilnego)

A3. INFORMACJE DODATKOWE

19. Wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ BRAK (brak formalnego wykształcenia)

☐ PODSTAWOWE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)

☐ GIMNAZJALNE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)

☐ PONADGIMNAZJALNE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)

- ☐ kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej
- ☐ kształcenie ukończone na poziomie zasadniczej szkoły zawodowej

☐ POMATURALNE (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)

☐ WYŻSZE (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)

20. Status Kandydata/tki na rynku pracy w momencie przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ Osoba bezrobotna, zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy

☐ Osoba nieaktywna zawodowo

- ☐ w tym osoba ucząca lub kształcąca się

☐ Inny, jaki? ____

☐ korzystam lub korzystałem/am z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa

B. INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA/KI NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

B1. SPEŁNIANIE KRYTERIUM DOSTĘPU DO PROJEKTU (proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź; w przypadku gdy sytuacja kandydata/ki odpowiada kilku możliwościom – proszę je zaznaczyć)

☐ Osoba zamieszkująca województwo zachodniopomorskie

☐ Osoba bezrobotna, zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy

☐ Osoba nieaktywna zawodowo

- ☐ w tym ucząca lub kształcąca się

☐ Osoba posiadająca aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przez:

☐ Miejski/Powiatowy/Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności

☐ Lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

☐ Inne, równoważne/ jakie?

C.KWESTIONARIUSZ KWALIFIKACJI I DOŚWIADCZEŃ ZADOWODYCH KANDYDATA/TKI ORAZ MOTYWACJI DO UDZIALU W PROJEKCIE

C1. **Proszę wymienić ukończone szkoły**(okres od-do, nazwa szkoły, kierunek wykształcenia, specjalność, uzyskany tytuł) **i szkolenia** (potwierdzone otrzymanym świadectwem, certyfikatem, zaświadczeniem, świadectwem kwalifikacji)

C2. **Proszę opisać udokumentowane doświadczenie zawodowe** (okresy zatrudnienia, miejsca pracy, stanowiska i zakres obowiązków na zajmowanych stanowiskach)

C3. **Proszę określić Pana/Pani poziom wiedzy na temat rynku pracy oraz metod poszukiwania pracy**(proszę zaznaczyć odpowiednią odpowiedź)

☐ Nie posiadam żadnej wiedzy na temat rynku pracy i metod poszukiwania pracy

☐ Posiadam bardzo małą wiedzę na temat rynku pracy i metod poszukiwania pracy

☐ Posiadam małą wiedzę na temat rynku pracy i metod poszukiwania pracy

☐ Posiadam średnią wiedzę na temat rynku pracy i metod poszukiwania pracy

☐ Posiadam dużą wiedzę na temat rynku pracy i metod poszukiwania pracy

☐ Posiadam bardzo dużą wiedzę na temat rynku pracy i metod poszukiwania pracy

C4. **Proszę opisać dlaczego chciałby/chciałaby Pan/Pani wziąć udział w projekcie?** Co skłoniło Pana/Panią do wzięcia udziału? Jakie są Pana/Pani oczekiwania względem udziału w projekcie?

C5. **Proszę opisać swoją chęć i gotowość do podjęcia zatrudnienia.** W jakim wymiarze czasu pracy jest Pan/Pani w stanie podjąć zatrudnienie? Na czym polega Pana/Pani aktywność w poszukiwaniu pracy? Proszę opisać Pana/Pani starania w kierunku podjęcia zatrudnienia

C6. **Proszę określić okres pozostawania bez pracy** (proszę zaznaczyć odpowiednią odpowiedź)

☐ Powyżej 2 lat

☐ 1-2 lata

☐ 6-11 miesięcy

☐ 4-5 miesięcy

☐ 2-3 miesiące

☐ Krócej niż 1 miesiąc

OŚWIADCZENIA I PODPIS KANDYDATA/KI NA UCZESTNIKA/CZKĘ

1) Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
2) Zapoznałem/am się z zasadami uczestnictwa w Projekcie oraz akceptuję warunki uczestnictwa zapisane w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
3) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez Beneficjenta o przyjętych kryteriach kwalifikacji do udziału w projekcie na etapie składania Formularza rekrutacyjnego.

21. Miejscowość	22. Data	23. Czytelny podpis Kandydata/ki
24. Miejscowość	**25. Data**	**26. Czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego[1]**

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z chęcią przystąpienia do Projektu „Integruj się z nami- kompleksowe formy aktywizacji społeczno- zawodowej mieszkańców województwa zachodniopomorskiego" realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym tzw. danych wrażliwych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego – Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego, mające siedzibę przy ul. Kuśnierskiej 12B, 70-536 Szczecin.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 37 w związku do art. 31 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz.922 z późn. zm.).
3. Moje dane osobowe, w tym tzw. dane wrażliwe, będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Integruj się z nami- kompleksowe formy aktywizacji społeczno-zawodowej mieszkańców województwa zachodniopomorskiego", ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego.
4. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach RPO WZ.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
6. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

27. Miejscowość	28. Data	29. Czytelny podpis Kandydata/ki
30. Miejscowość	**31. Data**	**32. Czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego[2]**

Zobowiązanie do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia w projekcie

[1] W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieletniej deklaracja powinna zostać podpisana zarówno przez daną osobę, jak również jej prawnego opiekuna
[2] W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieletniej deklaracja powinna zostać podpisana zarówno przez daną osobę, jak również jej prawnego opiekuna

Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia oferowanych w ramach projektu „„Integruj się z nami- kompleksowe formy aktywizacji społeczno- zawodowej mieszkańców województwa zachodniopomorskiego", a w szczególności w:

a) indywidualne spotkania konsultacyjne z psychologiem, doradcą zawodowym i prawnikiem;
b) spotkania integracyjne z socjologiem;
c) grupowy Trening Rozwoju Personalnego i Trening Pamięci z wykwalifikowanymi trenerami;
d) szkolenia z grafiki komputerowej i fotografii;
e) szkolenia z Worda, Excela i usług internetowych;
f) szkolenia z zakładania stron internetowych;
g) szkolenia z multimediów;
h) 3-miesięczny staż zawodowy pod nadzorem opiekuna.;
i) stypendia szkoleniowe oraz płatne staże;
j) wsparcie w uzyskaniu zatrudnienia;
k) zwrot kosztów przejazdu;
l) wsparcie asystenta osoby niepełnosprawnej;
m) opieka nad dziećmi i innymi osobami zależnymi;
n) poczęstunek.

33. Miejscowość	34. Data	35. Czytelny podpis Kandydata/ki
36. Miejscowość	**37. Data**	**38. Czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego[3]**

ŹRODŁA INFORMACJI O PROJECIE

Proszę zaznaczyć, skąd Pan/Pani dowiedział/a się o projekcie

- ☐ Ulotka/ plakat - skąd pozyskane? _____
- ☐ Internet _____
- ☐ znajomi
- ☐ Powiatowy Urząd Pracy
- ☐ Inne, jakie? _____

ZAŁĄCZNIKI

W załączeniu przedkładam:

- ☐ Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności
- ☐ Aktualne zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej - o ile dotyczy

[3] W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieletniej deklaracja powinna zostać podpisana zarówno przez daną osobę, jak również jej prawnego opiekuna