

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu . „ZAZ Educare. Do integracji i pracy jesteśmy gotowi”

Prosimy o czytelne wypełnienie (DRUKOWANYMI LITERAMI) i wstawienie „X” w odpowiednich polach.

I. DANE PROJEKTU	
Tytuł projektu	„ZAZ Educare. Do integracji i pracy jesteśmy gotowi”
Nr projektu	FEPK. FEPK.07.15-IP.01-0022/23
Oś priorytetowa	Kapitał ludzki gotowy do zmian
Działanie	Działanie 7.15. Aktywna integracja
II. DANE KANDYDATKI/ KANDYDATA	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA
Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
Województwo	PODKARPACKIE
Powiat	<input type="checkbox"/> DĘBICKI <input type="checkbox"/> JASIELSKI <input type="checkbox"/> INNY (jaki?):
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
III. STATUS UCZESTNICZKI / UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
A. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy (należy dostarczyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w zakresie braku odprowadzenia składek na dzień przystąpienia do projektu)	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP <i>(należy dostarczyć zaświadczenie z o urzędu pracy)</i>	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo <i>(należy dostarczyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w zakresie braku odprowadzenia składek na dzień przystąpienia do projektu)</i>	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba niepełnosprawna , posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności <i>(w przypadku stopnia umiarkowanego u których stwierdzono/orzeczone autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobą psychiczną) – (weryfikacja na podstawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności);</i>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
B. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu		
<u>Osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności</u>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną lub osoba z zaburzeniami psychicznymi lub os. z niepełnosprawnością intelektualną lub os. z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba opuszczająca placówki opieki instytucjonalnej		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba, która opuściła jednostki penitencjarne w terminie ostatnich 12 mies.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianie moich danych kontaktowych.

1. *Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem projektu „ZAZ Educare. Do integracji i pracy jesteśmy gotowi”*
2. *Akceptuję jego treści bez zastrzeżeń oraz spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.*
3. *Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.*

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość, data	Czytelny podpis KANDYDATKI/TA do projektu