



Załącznik nr 5 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy” realizowanego w ramach Priorytetu I Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013 Działanie 1.3 Poddziałanie 1.3.6 w okresie od 01 grudnia 2012 roku do 30 listopada 2014 roku.

I. DANE OSOBOWE

Nazwisko		Imię	
Data urodzenia		PESEL	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu		Płeć	<i>KOBIETA</i> / <i>MĘŻCZYZNA</i>
Seria i numer dowodu osobistego		Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	<i>TAK</i> / <i>NIE</i>
Wykształcenie	<i>Brak</i>	<i>Podstawowe</i>	
	<i>Gimnazjalne</i>	<i>Ponadgimnazjalne</i>	
	<i>Zasadnicze zawodowe</i>	<i>Średnie zawodowe</i>	
	<i>Średnie ogólnokształcące</i>	<i>Pomaturalne</i>	
	<i>Wyższe zawodowe</i>	<i>Wyższe</i>	
Kierunek wykształcenia			
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	

ADRES ZAMELDOWANIA

<i>Ulica</i>		<i>Numer domu</i>		<i>Numer lokalu</i>	
<i>Miasto</i>		<i>Kod</i>			
<i>Powiat</i>		<i>Województwo</i>			

ADRES ZAMIESZKANIA (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres zameldowania)

<i>Ulica</i>		<i>Numer domu</i>		<i>Numer lokalu</i>	
<i>Miasto</i>		<i>Kod</i>			
<i>Powiat</i>		<i>Województwo</i>			

STATUS NA RYNKU PRACY:	Tak	Nie
A. Bezrobotny (osoba zarejestrowana jako bezrobotna w Urzędzie Pracy) (oznacza bezrobotnego pozostającego w rejestrze urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 m-cy w okresie ostatnich 2 lat)		
B. Nieaktywny zawodowo (osoba pozostająca bez zatrudnienia, która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotny) w tym osoba ucząca się lub kształcąca		
C. Zatrudniony:		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych Dz.U. Nr 133 poz. 883)



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- w rolnictwie		
- samozatrudniony/-a		
- w administracji publicznej		
- w dużym przedsiębiorstwie		
- w średnim przedsiębiorstwie		
- w małym przedsiębiorstwie		
- w mikro przedsiębiorstwie		
- w organizacji pozarządowej		
- pracownik znajdujący się w szczególnie niekorzystnej sytuacji		

Udział w innych projektach finansowanych przez Unię Europejską? (tak/nie)

Jeśli tak to, w jakich?

.....

.....

Jaki rodzaj wsparcia otrzymał/a Pan/Pani w innych projektach?

1.
2.
3.

Skąd dowiedział/-a się Pan/Pani o Projekcie?:

Z Internetu		Z radio		Od znajomych		Z prasy	
Z plakatu/ulotki		Inne, jakie					

II. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

Imię i nazwisko osoby przyjętej do projektu jako osoba z grupy docelowej (OSM):
--

Relacja wobec OSM (prosimy zaznaczyć X lub opis w przypadku innej relacji):

Opiekun ustawowy*		Opiekun prawny**		Opiekun faktyczny***		Osoba wskazana - opiekun/bliski****	
----------------------	--	---------------------	--	-------------------------	--	--	--

*Opiekun ustawowy (ON z SM w wieku 15-18lat)

**Opiekun prawny (orzeczenie o ubezwłasnowolnieniu częściowym lub całkowitym)

***Opiekun faktyczny ON z SM spełnia łącznie następujące warunki:

- dana osoba sprawuje opiekę nad OSM
- OSM wymaga takiej opieki ze względu na stan zdrowia
- dana osoba jest opiekunem ustawowym lub prawnym

****Deklaracja OSM – Osoba wskazana jako opiekun lub bliski

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych Dz.U. Nr 133 poz. 883)



III. PRZEBIEG SPOTKANIA

1. Oczekiwania związane z udziałem w projekcie

.....

.....

.....

.....

.....

IV. OŚWIADCZENIA KANDYDATKI/KANDYDATA

1. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadzeniem nieprawdy, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego

2. Oświadczam także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt: „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis kandydata/ki)

.....
(podpis pracownika)

VI. DECYZJA O PRZYJĘCIU DO PROJEKTU

	POZYTYWNA <input type="checkbox"/>	NEGATYWNA <input type="checkbox"/>
<i>Uzasadnienie</i>		
<i>Data i podpis Koordynatora/ki</i>		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych Dz.U. Nr 133 poz. 883)



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych Dz.U. Nr 133 poz. 883)

