

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Tytuł Projektu:	„Aktywność zawodowa pierwszym krokiem do zatrudnienia!”
Numer Projektu:	RPOP.07.02.00-16-0018/18
Realizator Projektu:	AL EDUKACJA Lena Andrzejewska Centrum Szkoleniowo-Doradcze

DANE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU

DANE PERSONALNE			
IMIĘ (IMIONA)			PŁEĆ –(K/M)
NAZWISKO			
WIEK		PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	Województwo		
	Powiat		
	Miejscowość		
	Gmina		
	Ulica		
	Nr domu	Nr lokalu	
	Kod pocztowy		
TELEFON KONTAKTOWY	ADRES E-MAIL		
WYKSZTAŁCENIE właściwe zaznaczyć „X”, dodatkowo ponadgimnazjalne zaznaczyć rodzaj, jeśli dotyczy	brak		
	podstawowe		
	gimnazjalne		
	ponadgimnazjalne	wykształcenie średnie <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/>	
	pomaturalne (osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych)		
	wyższe (studia ukończone)		

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY		
OSOBA BIERNIA ZAWODOWO <i>osoba która nie pracuje i która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni¹</i>		TAK
		NIE

¹ Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są już zarejestrowane jako bezrobotne.

AKTUALNY STATUS UCZESTNIKA zaznaczyć właściwe	TAK	NIE
Osoba w wieku +50		
Osoba o niskich kwalifikacjach – poziom ISCED 3 (<i>liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa</i>)		
Osoba z niepełnosprawnościami ² (osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)		
Osoba sprawująca opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem do 6 roku życia/co najmniej jednym dzieckiem do 18 roku życia w przypadku dziecka z niepełnosprawnościami		

W załączeniu przedkładam:

- oświadczenie o statusie osoby bierniej zawodowo stanowiący załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie
- orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez właściwy Zespół ds. orzekania o niepełnosprawności
- oświadczenie o sprawowaniu opieki nad osobą zależną /dzieckiem (do 6 roku życia/co najmniej jednym dzieckiem do 18 roku życia w przypadku dziecka z niepełnosprawnościami).

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS KANDYDATA NA UCZESTNIKA
PROJEKTU

² Osoby z niepełnosprawnościami - osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 nr 123, poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535).

DANE DOTYCZĄCE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (wypełnia realizator projektu):	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	
Data zakończenia udziału w projekcie:	
Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:	