

<i>data wpływu</i>	<i>nr referencyjny</i>
WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU	

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji Uczestników do Projektu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dotyczy projektu pn. „Wiedza i doświadczenie = zatrudnienie”

Oś Priorytetowa 5. Zatrudnienie

Działanie 5.2 Aktywizacja zawodowa osób pozostających bez pracy

Poddziałanie 5.2.2 Aktywizacja zawodowa osób pozostających bez pracy

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
Data urodzenia		PESEL	
Adres zamieszkania ¹			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu <i>(jeśli dotyczy)</i>	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon: stacjonarny/komórkowy			
Adres e-mail			

¹ Miejszem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) „(...) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUP, U KTÓRYCH ZIDENTYFIKOWANO SZCZEGÓLNIIE TRUDNĄ SYTUACJĘ	
<p>Świadoma/-y odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych, oświadczam poprzez zaznaczenie danego pola symbolem „X”, że należę do następujących grup:</p>	
Teren, na którym zamieszkuje kandydat	<input type="checkbox"/> powiat człuchowski <input type="checkbox"/> powiat chojnicki <input type="checkbox"/> powiat kościerski
Wiek kandydata	<input type="checkbox"/> poniżej 18 lat <input type="checkbox"/> 18-30 lat <input type="checkbox"/> 30–50 lat <input type="checkbox"/> 50 lat i więcej <p>UWAGA – kryterium będzie ponownie weryfikowane w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie</p>
Płeć kandydata	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Niepełnosprawność*	<input type="checkbox"/> brak niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Jestem osobą niepełnosprawną ,
Status osoby na rynku pracy (1) UWAGA – weryfikacja na podstawie aktualnego, zaświadczenia wydanego przez właściwy powiatowy urząd pracy	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna – dorosła (osoba w wieku 25 lat lub więcej) tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna (tj. osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia) zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy [siedziba właściwego powiatowego urzędu pracy], w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna – dorosła (osoba w wieku 25 lat lub więcej) – osoba bezrobotna zarejestrowana nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo (tj. osoba która nie pracuje i nie jest bezrobotna), w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się, <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu, <input type="checkbox"/> inna osoba bierna <input type="checkbox"/> osoba pracująca

Wyszktałcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> studia krótkiego cyklu <input type="checkbox"/> studia licencjackie <input type="checkbox"/> studia magisterskie <input type="checkbox"/> studia doktoranckie
PODSUMOWANIE Przynależność kandydata do grup defaworyzowanych (możliwość zaznaczenia więcej niż 1 pola)	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> wiek 50+ <input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna <input type="checkbox"/> osoba o niskich kwalifikacjach (ISCED 1-3) <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> obszar zamieszkania - wieś <input type="checkbox"/> nie należę do żadnej z w/w kategorii

DODATKOWE OŚWIADCZENIA

Świadoma/-y odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych lub składania nieprawdziwych oświadczeń, oświadczam, że:

Oświadczam, że zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania LGR Mòrénka, w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.

Oświadczam, że podany przeze mnie adres e-mail i/lub numer telefonu jest aktywny i zobowiązuję się, że będę za pośrednictwem telefonicznym i poczty elektronicznej odbierać na bieżąco informacje dotyczące udziału w rekrutacji, w tym w szczególności informacje dotyczące zakwalifikowania bądź niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW (znakiem „X” proszę zaznaczyć załączniki, które zostają złożone wraz z formularzem, jeśli dotyczy)

<input type="checkbox"/>	Aktualne (7 dni) zaświadczenia o statusie osoby bezrobotnej, wydane przez właściwy powiatowy urząd pracy
<input type="checkbox"/>	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności poświadczona przez kandydata za zgodność z oryginałem lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany np. przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności,

.....

Data i czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu

