**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Szkolenie/spotkanie wniosek o płatność**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | |
| Imię/Imiona | |  | | | | | |
| Nazwisko | |  | | | | | |
| Data urodzenia | |  | | Miejsce urodzenia | | |  |
| PESEL | |  | | | | | |
| Adres zamieszkania [[1]](#footnote-1) | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | |
| Nr domu |  | | | Nr lokalu  *(jeśli dotyczy)* | | |  |
| Miejscowość |  | | | Kod pocztowy | | |  |
| Gmina |  | | | Powiat | | |  |
| Województwo |  | | | | | | |
| Telefon: stacjonarny/komórkowy | | | | |  |  | |
| Adres e-mail | | | | |  | | |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUP, U KTÓRYCH ZIDENTYFIKOWANO SZCZEGÓLNIE TRUDNĄ SYTUACJĘ** | | | | | | | |
| *Świadoma/-y odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych, oświadczam poprzez zaznaczenie danego pola symbolem „X”, że należę do następujących grup:* | | | | | | | |
| Przynależność kandydata do kategorii osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym | | | należę do rodziny korzystającej ze świadczeń pomocy społecznej,  jestem osobą bezrobotną  należę do rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością,  jestem osobą z niepełnosprawnością  moja rodzina przeżywa trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych  jestem osobą niesamodzielną  należę do innej kategorii osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, jakiej?  ……………………………………………………………………………………………………  nie należę do żadnej z w/w kategorii | | | | |
| Wiek kandydata | | | poniżej 18 lat  18 lat lub powyżej | | | | |
| Płeć kandydata | | | kobieta  mężczyzna | | | | |
| Wykształcenie | | | brak  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne  policealne  studia krótkiego cyklu  studia licencjackie  studia magisterskie  studia doktoranckie | | | | |
| Ułatwienia dla osób niepełnosprawnych | | | W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności, prosimy o podanie takiej informacji podczas zgłoszenia, celem odpowiedniego przygotowania miejsca spotkania.  ……………………………………………………………………………………………………. | | | | |
| **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 Stowarzyszenia Lokalnej Grupy Działania Dorzecza Zgłowiączki w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu. | | | | | | | |

1. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:

w tym osoba długotrwale bezrobotna

inne

Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:

w tym osoba długotrwale bezrobotna

inne

Osoba zatrudniona

osoba pracująca w administracji rządowej

osoba pracująca w administracji samorządowej

osoba pracująca w MMŚP (Małe, Mikro, Średnie Przedsiębiorstwo)

osoba pracująca w organizacji pozarządowej

osoba prowadząca działalność na własny rachunek

osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

inne

Zatrudniony w ………………………………………………………………………………………………………………………

Wykonywany zawód:

instruktor praktycznej nauki zawodu

nauczyciel kształcenia ogólnego

nauczyciel wychowania przedszkolnego

nauczyciel kształcenia zawodowego

pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia

kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej

pracownik instytucji rynku pracy

pracownik instytucji szkolnictwa wyższego

pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej

pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej

pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej

inny -Wykonywany zawód ……………………………………………………………………………………………………………..

Osoba bierna zawodowo:

inna

osoba ucząca się

osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu.

1. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

Osoba z niepełno sprawnościami

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

………………………………………………………………………………………….

*Data i czytelny podpis*

1. Miejscem 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”. [↑](#footnote-ref-1)