**Projekt „Praca w Zakładzie Aktywności Zawodowej   
w Jarosławiu” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego z udziałem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020**realizowany przez

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Jarosławiu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą wniosek | |
| Data przyjęcia formularza |  |
| Godzina przyjęcia formularza |  |
| Numer formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

* + - 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | DANE PERSONALNE | | | | |
| 1. | Imię / Imiona | |  | | |
| 2. | Nazwisko | |  | | |
| 3. | Data i miejsce urodzenia | |  | | |
| 4. | Płeć | | □ Kobieta | □ Mężczyzna | |
| 5. | PESEL | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| 6. | NIP | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  | - |  |  | | | |
| 7. | Telefon kontaktowy: | | Telefon stacjonarny: | | |
| Telefon komórkowy: | | |
| 8. | Adres e – mail | |  | | |
| 9. | Adres zameldowania | | | | |
| A | Miejscowość |  | | |
| B | Rodzaj miejscowości | □ Miasto | □ Wieś | |
| C | Ulica, nr domu / lokalu |  | | |
| D | Kod pocztowy |  | | |
| E | Województwo |  | | |
| F | Powiat |  | | |
| G | Gmina |  | | |
|  |  |  |  | | |
| 10. | Adres zamieszkania  (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) | | | | |
| A | Miejscowość |  | | |
| B | Rodzaj miejscowości | □ Miasto | | □ Wieś |
| C | Ulica, nr domu / lokalu |  | | |
| D | Kod pocztowy |  | | |
| E | Województwo |  | | |
| F | Powiat |  | | |
| G | Gmina |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 11. | Dane teleadresowe opiekuna prawnego  (*wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną*) | | | |
| A | Miejscowość |  | |
| B | Rodzaj miejscowości | □ Miasto | □ Wieś |
| C | Ulica, nr domu / lokalu |  | |
| D | Kod pocztowy |  | |
| E | Województwo |  | |
| F | Powiat |  | |
| G | Gmina |  | |

**II. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| 1. | Wykształcenie | □ | Brak | | | | | |
| □ | Podstawowe | | | | | |
| □ | Gimnazjalne | | | | | |
| □ | Zasadnicze zawodowe | | | | | |
| □ | Średnie | | | | | |
| □ | Wyższe | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 2. | Status na rynku pracy *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* | □ | Osoba bezrobotna  **(bezrobotny zarejestrowany**  **w ewidencji urzędów pracy)** | | □ | | | Profil pomocy I |
| □ | | | Profil pomocy II |
| □ | | | Profil pomocy III |
| □ | Osoba bezrobotna  **(bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy ale poszukujący pracy i gotowy do jej podjęcia)** | | | | | |
| □ | Osoba długotrwale bezrobotna  **(długotrwale bezrobotny**  **zarejestrowany w urzędach**  **pracy)** | | | □ | Profil pomocy I | |
| □ | Profil pomocy II | |
| □ | Profil pomocy III | |
| □ | Osoba długotrwale bezrobotna  **(długotrwale bezrobotny niezarejestrowany w urzędach pracy ale poszukujący pracy i gotowy do jej podjęcia)** | | | | | |
| □ | Osoba aktywna zawodowo, tzn. zatrudniona | | | | | |
| □ | Osoba bierna zawodowo | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 3. | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | □ | Niepełnosprawność w stopniu lekkim | | | | | |
| □ | Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym | | | | | |
| □ | Niepełnosprawność w stopniu znacznym | | | | | |
| Symbol przyczyny niepełnosprawności: …………...…………..  Data ważności orzeczenia:………………………..……………. | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 4. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, imigrant, osoba obcego pochodzenia | □ | TAK | | | | | |
| □ | NIE | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 5. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ | TAK | | | | | |
| □ | NIE | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 6. | Ubezwłasnowolnienie | □ | TAK | □ CZĘŚCIOWE □ CAŁKOWITE | | | | |
| □ | NIE | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 7. | Preferowane stanowisko pracy ***(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)*** | □ | Pracownik krawiectwa | | | | | |
| □ | Pracownik produkcyjno/usługowy | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**Wykształcenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Placówki (szkoły, ośrodki, warsztaty), do których Pan/ Pani uczęszczał/ uczęszczała lub uczęszcza nadal | Data  rozpoczęcia | Data zakończenia | Uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Kursy, szkolenia | Data rozpoczęcia | Data zakończenia | Uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Doświadczenie zawodowe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejsce pracy (nazwa  i adres firmy) | **P** – praktyka  **S** – staż  **Z**–zatrudnienie | Stanowisko lub zakres wykonywanych czynności | Czas trwania  (od – do) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Celem zapewnienia pełnej dostępności osobom z różnymi niepełnosprawnościami   
i potrzebami do udziału w projekcie prosimy wymienić jakie niezbędne udogodnienia moglibyśmy zapewnić w celu skorzystania z projektu………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………..

*(Data i czytelny podpis Kandyda/ opiekuna prawnego)*

**OŚWIADCZENIA KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisany/a,

…………………………………………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko)*

oświadczam, że:

* dobrowolnie deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Praca w Zakładzie Aktywności Zawodowej w Jarosławiu”
* zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Praca   
  w Zakładzie Aktywności Zawodowej w Jarosławiu” oraz akceptuję jego warunki,
* zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, z udziałem środków PFRON. Działanie 8.1. „Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Wnioskodawcy z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie,
* Oświadczam ponadto i przyjmuję do wiadomości, że administratorem tak zebranych danych osobowych jest PSONI Koło w Jarosławiu, ul. Wilsona 6a, 37 – 500 Jarosław; moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i założeniami projektu; podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu; mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
* Udzielam/ nie udzielam[[1]](#footnote-1) Wnioskodawcy nieodpłatnego prawa wielokrotnego, wykorzystywania mojego wizerunku. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Wnioskodawcę działalnością i celami projektu pn. „Praca w Zakładzie Aktywności Zawodowej w Jarosławiu” w tym w procesie rekrutacji
* dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
* w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie zobowiązuje się do udostępnienia danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informację na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskaniu kwalifikacji nabycia kompetencji,
* w ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie zobowiązuję się udostępnić dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy, w tym w zakresie zawartej umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, dokumentów potwierdzających prowadzenie działalności gospodarczej, w tym odprowadzanie składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.

……………………………………………………………………..

*(Data i czytelny podpis Kandyda/ opiekuna prawnego)*

**Wykaz wymaganych załączników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numer załącznika | Wykaz wymaganych załączników | Załączono | Nie załączono |
| 1 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA NA RYNKU PRACY | 🞎 | 🞎 |
| 2 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA | 🞎 | 🞎 |
| 3 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA | 🞎 | 🞎 |
| 4 | Kserokopia orzeczenia o Stopniu  NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | 🞎 | 🞎 |
| 5 | Kserokopia DOWODU OSOBISTEGO | 🞎 | 🞎 |

1. Należy przekreślić niewłaściwe. [↑](#footnote-ref-1)