**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**(Szkolenie/spotkanie dotyczące naboru 1/2018/PG- projekty grantowe)**

|  |
| --- |
| **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)