

**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu:
„DROGA DO PRACY”**

<i>Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie</i>		
Nr formularza:	Data wpływu:	Podpis przyjmującego zgłoszenie:

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU:
„DROGA DO PRACY ”**

Formularz rekrutacyjny należy wypełnić czytelnie w języku polskim, elektronicznie lub odręcznie.

Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza Rekrutacyjnego.

W miejscu należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X

Projekt promuje równe szanse kobiet i mężczyzn oraz jest dostępny dla osób niepełnosprawnych

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię			
Nazwisko			
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
Data urodzenia			
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA ¹ (zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego)			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Pocztą	
Województwo		Powiat	
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
Obszar zamieszkania wg klasyfikacji DEGURBA	<input type="checkbox"/> Obszary miejskie (o dużej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary miejskie i podmiejskie (o średniej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia)		
DANE KONTAKTOWE (wypełnić <u>wyłącznie</u> w sytuacji, gdy są inne niż dane powyżej)			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Pocztą	
Województwo		Powiat	
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
Obszar zamieszkania wg klasyfikacji DEGURBA	<input type="checkbox"/> Obszary miejskie (o dużej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary miejskie i podmiejskie (o średniej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia)		

¹ Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

WYKSZTAŁCENIE	
Wyższe	<input type="checkbox"/>
Pomaturalne/policealne	<input type="checkbox"/>
Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>
Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>
Podstawowe	<input type="checkbox"/>
Brak	<input type="checkbox"/>
STATUS NA RYNKU PRACY ²	
1) Osoba niezatrudniona	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym:	
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba zarejestrowana w PUP	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2) Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym:	
Osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wykonywany zawód:	
Zatrudniony w:	

² Należy wybrać jedną z opcji z punktów od 1) do 4).

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ³	
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności albo inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Kod niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> 01-U <input type="checkbox"/> 02-P <input type="checkbox"/> 03-L <input type="checkbox"/> 04-O <input type="checkbox"/> 05-R <input type="checkbox"/> 06-E <input type="checkbox"/> 07-S <input type="checkbox"/> 08-T <input type="checkbox"/> 09-M <input type="checkbox"/> 10-N <input type="checkbox"/> 11-I <input type="checkbox"/> 12-C <input type="checkbox"/> Brak
Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki
Jakie konieczne usprawnienia ze względu na Pani/Pana niepełnosprawność należy wprowadzić, aby umożliwić Pani/Panu udział w projekcie?

Zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w Projekcie „DROGA DO PRACY”, realizowanego przez Fundację Normalnie.

³ 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, z późn. zm.), 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, z późn. zm).

Do formularza rekrutacyjnego dołączam:

Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego do projektu „DROGA DO PRACY ”: OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności albo innego dokumentu, o którym mowa w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub ustawie o ochronie zdrowia psychicznego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Oświadczam, że:

1. Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania Fundacji Normalnie o zmianie powyższych danych.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i spełniam warunki uczestnictwa w projekcie „DROGA DO PRACY”.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przekazanych za pośrednictwem Województwa Zachodniopomorskiego.
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wszystkich form wsparcia w ramach Projektu, monitoringu i ewaluacji Projektu.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Czytelny podpis Kandydata

Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego do projektu „DROGA DO PRACY”

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ
w ramach projektu „DROGA DO PRACY”**

W związku z ubieganiem się o udział w projekcie „DROGA DO PRACY” oświadczam, iż, ja niżej podpisany/a:

.....

(Imię i nazwisko)

1. Jestem osobą niepełnosprawną⁴:

tak nie

2. Jestem osobą zamieszkującą na obszarze jednego z poniższych powiatów województwa zachodniopomorskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego:

- Miasto Szczecin
- powiat policki
- powiat gryfiński
- powiat goleniowski
- powiat stargardzki
- powiat pyrzycki

3. Jestem/nie jestem* osobą pracującą:

- zainteresowaną przygotowaniem do aktywnego poszukiwania pracy
- utrzymaniem zatrudnienia
- wzmocnieniem swojej aktywności zawodowej
- podniesieniem poziomu doświadczenia zawodowego

⁴ w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ((Dz.U. z 2011r. Nr 127 poz. 721 z późniejszymi zmianami) lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231,poz. 1375, z późn. zm).

4. Nie jestem/jestem* Uczestnikiem/czką warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy, mieszkań chronionych lub wspomaganych ani pracownikiem zakładu aktywności zawodowej.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Czytelny podpis Kandydata

- *Niewłaściewe skreślić