



FORMULARZ REKRUTACYJNY

do Projektu „NEETy z województwa Śląskiego do pracy!”
POWR.01.02.01-24-0208/15

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL			
Adres zamieszkania ¹			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu <i>(jeśli dotyczy)</i>	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Dane do korespondencji (jeżeli inne niż powyżej)			
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”.



STATUS NA RYNKU PRACY* (zgodny z §1 pkt 4 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie)					
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą bierną zawodowo				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą bezrobotną <u>niezarejestrowana w urzędzie pracy</u>				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą bezrobotną <u>zarejestrowana w urzędzie pracy</u>				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą <u>długotrwale bezrobotną</u> (osoba do 25 roku życia bezrobotna, zarejestrowana w PUP nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy; osoba w wieku 25 lat lub więcej bezrobotna, zarejestrowana w PUP nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą zatrudnioną i/lub prowadzącą działalność gospodarczą i/lub realizującą umowę cywilnoprawną				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej ¹				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem migrantem ¹				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą obcego pochodzenia ¹				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ¹				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nie jestem rolnikiem/domownikiem rolnika ubezpieczonym w KRUS posiadającym 2 lub więcej hektary przeliczeniowe gruntu				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ¹				
POZIOM WYKSZTAŁCENIA					
*Według Międzynarodowej Standardowej Klasyfikacji Kształcenia – ISCED (International Standard Classification of Education)					
<input type="checkbox"/>	Brak formalnego wykształcenia	<input type="checkbox"/>	Podstawowe (ISCED 1)*	<input type="checkbox"/>	gimnazjalne (ISCED 2)*
<input type="checkbox"/>	Ponadgimnazjalne (ISCED 3)* (ukończone na poziomie szkoły średniej - średnie lub zasadnicze zawodowe)	<input type="checkbox"/>	Policealne (ISCED 4)* (ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/>	Wyższe (ISCED 5-6)*
NAUKA I KSZTAŁCENIE					



<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy uczestniczy/uczestniczył Pan/Pani w pozaszkolnych zajęciach finansowanych ze środków publicznych mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy w okresie ostatnich 4 tygodni?
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy uczestniczy Pan/Pani w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym (dzienny)?
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy uczestniczy Pan/Pani w kształceniu w trybie niestacjonarnym (wieczorowy, zaoczny)?
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy brał/a Pan/Pani i udział w projektach współfinansowanych z EFS?
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy posiada Pan/ Pani środki na finansowanie szkoleń z własnej kieszeni
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	Czy jest Pani osobą powracającą na rynek pracy po urodzeniu dziecka?
Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeśli tak, proszę podać rodzaj i stopień niepełnosprawności ²
Jaki czas minął od ostatniej pracy lub zakończenia edukacji (w miesiącach) miesięcy

Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z przepisami art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) przez Ośrodek Szkolenia Motorowego i Szkolenia Zawodowego „Omibus” Jan Garlacz, ul. Długa 50,

43-309 Bielsko-Biała w związku z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu

„NEETy z województwa Śląskiego do pracy” POWR.01.02.01-24-0202/15

<hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p>Miejscowość i data</p>	<hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p>Czytelny podpis Kandydata/ Opiekuna prawnego³</p>
---	---



ZAŁĄCZNIKI	
Oświadczenia	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)

¹ Istnieje możliwość odmowy podania danych odnośnie migranta, osoby obcego pochodzenia i mniejszości; bezdomności, czy osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej

² Osoby niepełnosprawne zobowiązane są dostarczyć kserokopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności w świetle przepisów z ust. z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społ. oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych lub orzeczeń albo innych dokumentów, o którym mowa w ustawie z 19.08.1994r. o ochr. zdrowia psychicznego

³ W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez opiekuna prawnego