

## Załącznik nr 1

Projekt „DROGOWSKAZY ZAWODOWE – integracja społeczno – zawodowa 96 osób pozostających bez pracy, zagrożonych wykluczeniem społecznym z powiatu ostrowieckiego”

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Wybrane szkolenie/kurs .....

### 1. DANE OSOBOWE

1)  2)  3)  -

*Nazwisko* *Imię* *Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)*

4)  5)

*Płeć (M, K)* *PESEL*

6)

*Miejsce zamieszkania: miejscowość* *Ulica* *Nr domu* *Nr mieszkania*

*Województwo*

7)

*Miejsce zameldowania: miejscowość* *Ulica* *Nr domu* *Nr mieszkania*

8)

*Powiat* *Gmina*

9)  -

*Kod pocztowy*

10)   12)

*Nr telefonów: stacjonarnego* *komórkowego* *E-mail*

### 2. Sytuacja uczestnika na rynku pracy (proszę wstawić znak X przy wybranych pozycjach):

A	Osoba pozostająca bez zatrudnienia (nie zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)	
B	Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy	
C	Osoba poszukująca pracy zarejestrowana w Urzędzie Pracy	
D	Osoba niepełnosprawna	

### 3. Stopień i rodzaj niepełnosprawności\*:

.....

\* wypełnić w przypadku wyboru pozycji D w punkcie 2

**4. Wykształcenie** (proszę wstawić znak X przy wybranej pozycji):

**a. poziom wykształcenia**

podstawowe -  średnie zawodowe -  wyższe zawodowe (licencjat) -   
 gimnazjalne -  średnie ogólne -  wyższe magisterskie -   
 zasadnicze zawodowe -  pomaturalne -

**b. tytuł zawodowy** (proszę wpisać nazwę).....

**5. OŚWIADCZENIE OSOBY POZOSTAJĄCEJ BEZ ZATRUDNIENIA** (wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji A w punkcie 2)

Zaświadczam, że ja niżej podpisany/a ..... zamieszkały/a  
 w ..... **jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia**  
 (tzn. w wieku produkcyjnym, niezatrudnioną, nie wykonującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia  
 w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy, **nie** zarejestrowaną w Urzędzie Pracy).

.....  
 (data i podpis Uczestnika)

**6. Przebieg pracy zawodowej**

Lp.	Nazwa pracodawcy	Adres pracodawcy (miejscowość, gmina)	Okres zatrudnienia:	
			od	do
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**7. Staż pracy ogółem** .....

**8. Dodatkowe kwalifikacje (odbyte kursy)**

Lp.	Nazwa kursu	Uzyskany tytuł zawodowy
1		
2		
3		
4		

**9. Dodatkowe umiejętności:**

Lp.	Umiejętności
1	
2	
3	
4	

**10. Co skłoniło Pana/Panią do uczestnictwa w projekcie, w jaki sposób udział ten wpłynie na Pana/Pani sytuację zawodową ? /opisz swoją motywację**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**11. Oświadczam, że:**

<b>posiadam pod swoją opieką:</b>	
dziecka do lat 7	
osobę zależną	
<b>nie posiadam pod swoją opieką:</b>	
dziecko do lat 7	
osobę zależną	

## Oświadczenie kandydata

Oświadczam, że:

1. dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
2. jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr1001, póź. 926 z póź. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rekrutacji i ewaluacji projektu
3. w przypadku zakwalifikowania do grupy szkoleniowej zobowiązuję się do regularnego uczęszczania na zajęcia i czynnego udziału w szkoleniu (uczestnictwo w minimum 75% zajęć jest jednym z warunków uzyskania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia, nieuzasadniona absencja na więcej niż 25% zajęć skutkuje nie uzyskaniem wspomnianego zaświadczenia)
3. Zobowiązuję się do powiadomienia Wnioskodawcy (Agencję Rozwoju Lokalnego Sp. z o. o.) o wszelkich zmianach w danych zawartych w formularzu.

Data.....

.....

Czytelny podpis Uczestnika Projektu

\* Niepotrzebne skreślić

---

**Decyzja rekrutacyjna** (wypełnia pracownik ARL Sp. z o. o.) :.....

Data.....

Podpis.....

**Uwagi**

.....  
.....