

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DANE OGÓLNE			
IMIĘ (IMIONA)			
NAZWISKO			
PESEL			
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne/średnie <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe	OPIEKA NAD DZIEĆMI DO LAT 7 LUB OPIEKA NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta	WIEK	
DANE KONTAKTOWE			
ULICA			
NUMER DOMU		NUMER LOKALU	
KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ	
WOJEWÓDZTWO		POWIAT	
TELEFON KOMÓRKOWY		TELEFON STACJONARNY	
ADRES E-MAIL			
OBSZAR	<input type="checkbox"/> wiejski		<input type="checkbox"/> miejski
STATUS NA RYNKU PRACY			
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (pozostająca w rejestrze PUP powyżej 12 miesięcy łącznie w okresie ostatnich 2 lat) <input type="checkbox"/> osoba nieaktywna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> osoba kształcąca się			
STATUS ZGODNIE Z USTAWĄ O ZATRUDNIENIU SOCJALNYM			
<p>Oświadczam, że jestem (proszę zaznaczyć wszystkie kategorie, które Pani/Pana dotyczą):</p> <input type="checkbox"/> osobą bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, <input type="checkbox"/> osobą uzależnioną od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego, <input type="checkbox"/> osobą uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej, <input type="checkbox"/> osobą chorą psychicznie, <input type="checkbox"/> osobą długotrwale bezrobotną, <input type="checkbox"/> osobą zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, <input type="checkbox"/> uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, <input type="checkbox"/> osobą niepełnosprawną.			

Projekt "Nowe horyzonty" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



GOPS
w Smołdzinie

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Oświadczam, że nie posiadam prawa do:

- zasiłku dla bezrobotnych;
- zasiłku przedemerytalnego;
- świadczenia przedemerytalnego;
- renty strukturalnej;
- renty z tytułu niezdolności do pracy;
- emerytury;
- nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego.

Jestem zainteresowana(-y) udziałem w grupie reintegracji zawodowej:

- WARSZTAT REMONTOWO-BUDOWLANY
- WARSZTAT PRAC TWÓRCZYCH

Krótkie uzasadnienie wyboru danej grypy reintegracji zawodowej.

.....

.....

.....

DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

OSTATNIE MIEJSCE PRACY			
OSTATNIO ZAJMOWANE STANOWISKO			
OKRES ZATRUDNIENIA W OSTATNIM MIEJSCU PRACY		FORMA ZATRUDNIENIA W OSTAT. MIEJSCU PRACY	
STAŻ PRACY W LATACH		ZAWÓD WYUCZONY	

DODATKOWE INFORMACJE – dotyczy osób niepełnosprawnych

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
RODZAJ SCHORZENIA LUB SYMBOL NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	

Jakie przeciwwskazania do pracy wynikają z posiadanego przez Panią/Pana rodzaju niepełnosprawności?

.....

.....

1. W związku ze zgłoszeniem do projektu „Nowe horyzonty” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji.
2. **Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**
3. Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
4. **Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Nowe horyzonty”.**

.....
 miejscowość i data

.....
 czytelny podpis

Projekt "Nowe horyzonty" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

