

Formularz zgłoszeniowy

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami:

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA:							
Imię (imiona)				Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> średnie ogólne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe		
Nazwisko:							
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna						
PESEL:							
Miejsce urodzenia:				Imię ojca:			
DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA:							
Województwo:			Powiat:			Gmina:	
Miejscowość:			Ulica:			Nr domu / lokalu	Kod pocztowy
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> wieś		<input type="checkbox"/> małe miasto (do 25tys. mieszkańców)		<input type="checkbox"/> duże miasto		
Telefon kontaktowy:			Adres e-mail				
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (zaznaczyć odpowiednie):							
Status na rynku pracy:	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo (nie pracująca, nieaktywna zawodowo, niezarejestrowana w PUP) <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana / zarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych						
System kształcenia:	<input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym ¹ ; <input type="checkbox"/> Osoba niekształcąca się (nieuczestnicząca w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy) ² <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych						
Pozostałe dane uczestnika projektu niezbędne do pomiaru wskaźników produktu	<input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami ³ <input type="checkbox"/> Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (np. osoba nieposiadająca wykształcenia podstawowego, zamieszkująca obszar wiejski, byli więźniowie, osoba uzależniona itp.) <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych						
POZOSTAŁE INFORMACJE (zaznaczyć odpowiednie):							
<input type="checkbox"/> trudna sytuacja materialna ⁴ <input type="checkbox"/> zainteresowany/a refundacją kosztów opieki nad osobą zależną							

¹ Kształcenie formalne w trybie stacjonarnym rozumiane jest jako kształcenie w systemie szkolnym na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych, jak również kształcenie na poziomie wyższym w formie studiów wyższych lub doktoranckich realizowanych w trybie dziennym.

² Szkolenia, kursy finansowane ze środków publicznych, w okresie ostatnich 4 tygodni.

³ Należy dostarczyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

⁴ Przeciętny miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę albo dochód osoby uczącej się nie przekracza kwoty 674 zł. (764zł w przypadku gdy członkiem rodziny jest dziecko legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności)

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

Miejscowość, data

Czytelny podpis⁵

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie dostępnym na stronie www.zdz.bialystok.pl, jednocześnie, zobowiązuję się do przekazania informacji na prośbę Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Białymstoku (Projektodawcy) nt. swojego statusu na rynku pracy po opuszczeniu programu, w szczególności dot. podjęcia zatrudnienia oraz dostarczenia dokumentów potwierdzających swój status.

Miejscowość, data

Czytelny podpis⁶

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych wrażliwych zawartych w powyższym formularzu dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia procesu rekrutacji i realizacji projektu „CZAS NA STAŻ – kompleksowe wsparcie osób biernych zawodowo do 29 roku życia” (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn zm.)

Miejscowość, data

Czytelny podpis⁷

WYPEŁNIA PRACOWNIK ZDZ

Data i godzina wpływu formularza:

Uzyskane punkty premiujące:

wieś/małe miasto trudna sytuacja materialna
 Razem

Potwierdzam poprawność wypełnienia formularza. Czytelny podpis:

⁵ W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

⁶ W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

⁷ W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.