

## Formularz zgłoszeniowy

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami:

DANE KANDYDATA:					
Imię (imiona)				Nazwisko	
Data urodzenia	__ - __ - ____	Wiek		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
e-mail				Telefon kontaktowy	
PESEL					

ADRES ZAMIESZKANIA:									
Miejscowość			Ulica			Numer		Powiat	
Kod pocztowy	__ - ____	Poczta			Województwo				
Rodzaj miejscowości	<input type="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/> Małe miasto (do 25tys. mieszkańców) <input type="checkbox"/> Duże miasto								

STATUS KANDYDATA:		Liczba punktów (wypełnia Specjalista ds. rekrutacji)
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> średnie ogólne <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> wyższe zawodowe <input type="checkbox"/> wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> doktoranckie	
<input type="checkbox"/> bezrobotny/a zarejestrowany/a	<input type="checkbox"/> do 6 m-cy <input type="checkbox"/> między 6 -12 m-cy <input type="checkbox"/> powyżej 12 m-cy	
<input type="checkbox"/> pozostający bez zatrudnienia	<input type="checkbox"/> powyżej 2 lat <input type="checkbox"/> od 1 roku do 2 lat <input type="checkbox"/> mniej niż 1 rok	
<input type="checkbox"/> prowadzący/a własną działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> ubezpieczony/a w KRUS	
<input type="checkbox"/> posiadający/a orzeczenie lekarskie o stopniu niepełnosprawności		
<b>RAZEM:</b>		

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe. Zgodnie z art. 23 ust.1pkt1 ustawy z dn. 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz.926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych do PUP w celu przeprowadzenia rekrutacji oraz poinformowaniu o udziale we wsparciu doradczo – szkoleniowym oraz stażu i otrzymywaniu przeze mnie stypendium szkoleniowego/stażowego.

Formularz zgłoszeniowy należy dostarczyć pocztą, faxem, e-mailem lub osobiście na adres:

**Powiatowy Urząd Pracy w Sejnach, ul. Łąkowa 26 pok. nr 17, 16-500 Sejny**  
 tel.: 87 516 39 70, fax: 87 516 33 75 e-mail: [biuro@pup.sejny.pl](mailto:biuro@pup.sejny.pl)

.....  
 Data Czytelny podpis kandydata

WYPEŁNIA PRACOWNIK PUNKTU REKRUTACYJNEGO:			
Data wpływu zgłoszenia/ stempla	__ - __ - ____	Godzina wpływu	__ - __
Potwierdzam poprawność wypełnienia zgłoszenia – podpis			