**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PT.**

**„ZAZ Balcerów”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane personalne** | | | | | | | | | | | | |
| **LP.** | **Nazwa** |  | | | | | | | | | | |
| **1** | **Imię (imiona)** |  | | | | | | | | | | |
| **2** | **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | |
| **3** | **Płeć** |  Kobieta  Mężczyzna | | | | | | | | | | |
| **4** | **Data urodzenia** |  | | | | | | | | | | |
| **5** | **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **Nr i seria dowodu osobistego** |  | | | | | | | | | | |
| **7** | **Wykształcenie** |  Brak   Podstawowe   Gimnazjalne   Ponadgimnazjalne   Pomaturalne   Wyższe | | | | | | | | | | |
| **Zawód wyuczony** |  | | | | | | | | | | |
| **8** | **Stopień niepełnosprawności** |  lekki   umiarkowany   znaczny  Z tytułu (diagnoza) ……………………………………………….. | | | | | | | | | | |
| **Orzeczenie o niezdolności do pracy:** |  całkowita niezdolność z koniecznością opieki innej osoby   całkowita niezdolność do pracy   częściowa niezdolność do pracy | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | | | |
| **9** | **Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym** | Miejscowość/ kod pocztowy:  Ulica i nr domu/lokalu: | | | | | | | | | | |
| **Adres do korespondencji** | Miejscowość/ kod pocztowy:  Ulica i nr domu/lokalu:   adres korespondencyjny taki sam jak zameldowania | | | | | | | | | | |
| **10** | **Województwo** |  | | | | | | | | | | |
| **11** | **Powiat** |  | | | | | | | | | | |
| **12** | **Telefon stacjonarny** |  | | | | | | | | | | |
| **13** | **Telefon komórkowy** |  | | | | | | | | | | |
| **14** | **Adres poczty elektronicznej** |  | | | | | | | | | | |
| **Dane pozostałe** | | | | | | | | | | | | |
| **15** | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | Bezrobotna (poszukująca pracy)  Tak  Nie  w tym:   osoba długotrwale bezrobotna (osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat. | | | | | | | | | | |
| Nieaktywny zawodowo  Tak  Nie  w tym:   osoba ucząca się lub kształcąca się | | | | | | | | | | |
| **16** | **Korzysta Pan/Pani z PO Pomocy Żywnościowej** |  Tak  Nie | | | | | | | | | | |
| **17** | **Dodatkowe kwalifikacje** | Obsługa komputera:   podstawowa,  dobra,  biegła,  nie obsługuję | | | | | | | | | | |
| Znajomość języków obcych:  Angielski  podstawowa  średnia  biegła  Niemiecki  podstawowa  średnia  biegła  Inny …................  podstawowa  średnia  biegła | | | | | | | | | | |
| Inne:  ……………………………………………………………………………..…….…….…….………….…….…….……...………………………… | | | | | | | | | | |
| **Aktywność zawodowa** | | | | | | | | | | | | |
| **18** | **Posiadane doświadczenie.** | 1) w branży ogrodniczej/rolniczej   Tak, ilu letnie?………..  Nie  2) w branży rękodzieła   Tak, ilu letnie?………..  Nie  Inne, jakie?  ……………………………………………………………………………..………..…….……..…..……..…….…….…..………………………… | | | | | | | | | | |
| **19** | **Informacja o dotychczas podejmowanych działaniach na rzecz znalezienia zatrudnienia/ o dotychczasowym przebiegu ścieżki zawodowej** |  podejmowałem/am nieudane próby/próbę poszukiwania pracy  Przyczyna niepowodzeń/nia *(proszę krótko opisać)*:  ……………………………………………………………………………………………………….……..……..……..……..……..…………...…   nigdy dotąd nie pracowałem/am i nie podejmowałem/am prób znalezienia pracy  Przyczyna niepodejmowania prób znalezienia pracy *(proszę krótko opisać)*:  ……………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| **20** | **Umiejętności i zainteresowania (proszę opisać)** | ………………………………………………….…………………  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………  …………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………  …………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| **21** | **Preferowane praca:** |  w pracowni rolniczo-ogrodniczej   w pracowni rzeczy różnych | | | | | | | | | | |
| **Informacja o sytuacji materialnej i rodzinnej** | | | | | | | | | | | | |
| **22** | **Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym** |  | | | | | | | | | | |
| **23** | **Dochód miesięczny na 1 osobę.** |  | | | | | | | | | | |
| **24** | **Dane osoby do kontaktu** | **Imię, nazwisko:** | | | | | | | | | | |
| **Telefon:** | | | | | | | | | | |
| **Adres:** | | | | | | | | | | |
| **25** | **Nazwa i adres miejsca leczenia (POZ)** |  | | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | | |
| **26** | **Proszę opisać i uzasadnić swoje wymagania, potrzeby odnośnie uczestnictwa w projekcie ze względu na niepełnosprawność.** | 1. Wsparcie asystenta osoby niepełnosprawnej:   ……………………………………………………………………..…..  ………………………………………………………………………….   1. Materiały w druku powiększonym:   ……………………………………………………………………..…..  ………………………………………………………………………….   1. Dieta:   ……………………………………………………………………..…..  ………………………………………………………………………….   1. Inne – jakie   ……………………………………………………………………..…..  …………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | |
| **26** | **Data i czytelny podpis osoby zgłaszającej się.** |  | | | | | | | | | | |
| **27** | **Uwagi Komisji Rekrutacyjnej** |  | | | | | | | | | | |
| **Data i czytelne podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej** |  | | | | | | | | | | |
| **28** | **Decyzja Komisji Rekrutacyjnej o zakwalifikowaniu kandydata do projektu** | ­­ | | | | | | | | | | |
| **Data i czytelne podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej** |  | | | | | | | | | | |

**Skierniewice 05 08 2018**