



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„WSPARCIE SZKOLENIE STAŻ ZATRUDNIENIE”

Realizowanego przez Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Przemyślu
w ramach Poddziałania 7.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki zgodnie z umową nr UDA-
POKL.07.02.01-18-109/12-00 zawartą z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w dniu 7.03.2013 roku

Numer referencyjny formularza rekrutacyjnego/7.2.1/2013
Data i godzina przyjęcia formularza:	
Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz:	

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Nazwisko				
Imiona				
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna		
PESEL				
Nr dowodu osobistego			Wiek w chwili składania formularza rekrutacyjnego (ilość lat ukończonych)	
Data i miejsce urodzenia	Dzień	Miesiąc	Rok	Miejscowość
Adres zameldowania	Ulica			Numer domu/lokalu
	Miejscowość			Kod pocztowy
	Powiat			Gmina
	Województwo			
Adres	Ulica			Numer domu/lokalu



zamieszkania	Miejscowość		Kod pocztowy	
	Powiat		Gmina	
	Województwo			
Telefon kontaktowy stacjonarny				
Telefon kontaktowy komórkowy				
Adres poczty email				
Wykształcenie		<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe		
Obecnie kontynuuję naukę		<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK rodzaj kształcenia: <input type="checkbox"/> stacjonarny, <input type="checkbox"/> niestacjonarny podaj szkołę/uczelnię		

DANE DODATKOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ DO UDZIAŁU W PROJEKCIE	
Opieka nad dziećmi do lat 7 : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE /posiadanie przez uczestnika projektu pod opieką dziecka do lat 7 lub osoby zależnej/	
Ilość dzieci w rodzinie: <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> jedno <input type="checkbox"/> dwoje <input type="checkbox"/> troje <input type="checkbox"/> czworo lub więcej	
Status osoby na rynku pracy*:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP: liczba miesięcy..... <input type="checkbox"/> osoba nieaktywna zawodowo /niepracująca, niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy/ <input type="checkbox"/> osoba ucząca się
	<input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> osoba samozatrudniona /prowadząca własną działalność gospodarczą/ <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w mikroprzedsiębiorstwie /od 2 do 9 pracowników/ <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w małym przedsiębiorstwie /od 10 do 49 pracowników/ <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w średnim przedsiębiorstwie



*na dzień składania formularza rekrutacyjnego	<input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w PUP jako poszukująca pracy: liczba miesięcy.....	/od 50 do 249 pracowników/ <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie /powyżej 249 pracowników/ <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w administracji publicznej <input type="checkbox"/> pracownik zagrożony utratą pracy
Kryteria formalne	<input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna posiadam zdolność do czynności prawnych: <input type="checkbox"/> pełną <input type="checkbox"/> ograniczoną	Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
	<input type="checkbox"/> jestem osobą spełniająca kryteria kwalifikujące do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej. Korzystam, ze wsparcia finansowego w GOPS <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	Uczestniczę aktualnie w innym projekcie finansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK tytuł/organizator/zakres wsparcia	

Forma wsparcia dodatkowego, której otrzymaniem Kandydat/ka jest zainteresowany/a		
Zwrot kosztów dojazdu na szkolenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Stypendium szkoleniowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Poczęstunek w trakcie zajęć	<input type="checkbox"/> normalny <input type="checkbox"/> wegetariański <input type="checkbox"/> dieta(wymagania):.....	

CZĘŚĆ II – PREFEROWANY RODZAJ WSPARCIA Z KTÓREGO CHCIAŁBY/CHCIAŁABY PAN/PANI SKORZYSTAĆ W RAMACH PROJEKTU:



Kwalifikacje:	w pierwszej kolejności	w drugiej kolejności	w trzeciej kolejności
A. Kierowca zawodowy (kat. C, C+E i świadectwo kwalifikacji)			
B. Magazynier z obsługą wózków widłowych			
C. Sprzedawca z obsługą kas fiskalnych			
D. Pracownik obsługi hotelowej z językiem angielskim			
E. Telemarketer			
F. Kucharz małej gastronomii z obsługą kas fiskalnych			
Motywacja do nabycia kwalifikacji w wybranym kierunku :			

Proszę o przesłanie informacji o wynikach rekrutacji drogą:

<input type="checkbox"/> TELEFONICZNĄ	<input type="checkbox"/> MAILOWĄ	<input type="checkbox"/> LISTOWNIE
Na numer:	Na adres:	Na adres:

Oświadczam, że chcę dobrowolnie uczestniczyć oraz zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „WSPARCIE SZKOLENIE STAŻ ZATRUDNIENIE” realizowanym przez WORD w Przemysłu i akceptuję jego postanowienia.

.....
/miejsowość, data/

.....
CZYTELNY PODPIS /Imię i nazwisko/



OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu „**WSPARCIE SZKOLENIE STAŻ ZATRUDNIENIE**” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) Zgodnie z art. 23, ust.1, pkt.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 833 z późn. zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym danych wrażliwych, zbieranych do Podsystemu Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 ze zm.). wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu „WSPARCIE SZKOLENIE STAŻ ZATRUDNIENIE”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki; Administratorem zebranych danych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki z siedzibą w Warszawie 00-926, ul. Wspólna 2/4,
- 2) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 3) Mam prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 ze zm.).
- 4) Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- 5) Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane podane w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS /Imię i nazwisko/