



FORMULARZ REKRUTACYJNY

Do Projektu:
„W kierunku zatrudnienia”
realizowanego przez
Fundację Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju
Okres realizacji od 01.05.2023 r. do 31.01.2024 r.

Data wpływu		Podpis osoby przyjmującej formularz	
-------------	--	--	--

DANE PERSONALNE KANDYDATA/TKI

Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data urodzenia		Wiek aktualny:	
Pesel :		Miejsce urodzenia :	

Adres zamieszkania

Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Powiat :		Gmina:	
Województwo:			

Obszar (proszę zaznaczyć):	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski	Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:			

Adres korespondencyjny (o ile jest inny niż zamieszkania)

Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:		Nr domu, lokalu:	

POZIOM WYKSZTAŁCENIA

Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe)

ISCED 0- Brak		ISCED 2 Gimnazjalne		ISCED 4 Policealne	
ISCED 1 Podstawowe		ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)		ISCED 5-8 Wyższe	



KRYTERIA OBLIGATORYJNE	TAK	NIE
1. Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie Wielkopolskim .		
2. Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną (pozostającą bez zatrudnienia), w tym:		
- <u>zarejestrowaną</u> w Urzędzie pracy (jako załącznik przedkładam zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy)		
- <u>niezarejestrowaną</u> w Urzędzie Pracy (jako załącznik przedkładam zaświadczenie z ZUS)		
- <u>osobą bierną zawodowo</u> (jako załącznik przedkładam zaświadczenie z ZUS)		
3. Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością, w tym: <input type="checkbox"/> osobą o znacznym stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> osobą o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> osobą o lekkim stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> osobą z niepełnosprawnością sprzężoną <input type="checkbox"/> osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych);		
4. Oświadczam, że na dzień składania formularza rekrutacyjnego mam ukończone co najmniej 18 lat.		

KRYTERIA PREMIUJĄCE	
1. Oświadczam, że jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia , w tym: (+6/10pkt)	<input type="checkbox"/> Bierna zawodowo (+10pkt) <input type="checkbox"/> Bezrobotna (+6pkt)
2. Oświadczam, że jestem osobą posiadającą niskie kwalifikacje (do ISCED 3 włącznie) (+5/8/10pkt) :	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE (+0pkt) * <input type="checkbox"/> ICED 1 (+10 pkt) <input type="checkbox"/> ICED 2 (+8 pkt) <input type="checkbox"/> ICED 3 (+5 pkt)
3. Oświadczam, że mam ukończony 50 rok życia : (+5pkt)	<input type="checkbox"/> TAK (+5pkt) <input type="checkbox"/> NIE (+0pkt)
4. Oświadczam, że jestem nieposiadającą doświadczenia zawodowego lub posiadam doświadczenie zawodowe do 6 miesięcy : (+5pkt) :	<input type="checkbox"/> TAK (+5pkt) <input type="checkbox"/> NIE (+0pkt)
5. Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną ze stopniem niepełnosprawności: (+2/5/10pkt)	<input type="checkbox"/> Znacznym (+10 pkt) <input type="checkbox"/> Umiarkowanym (+5 pkt) <input type="checkbox"/> Lekkim (+2 pkt) <input type="checkbox"/> Pozostali (+0pkt)



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB WYNIKAJĄCYCH
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Rodzaj potrzeby	Proszę wpisać potrzebę wynikającą z niepełnosprawności	Nie zgłaszam specjalnych potrzeb
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową:		<input type="checkbox"/>
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów:		
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie		
Zapewnienie tłumacza języka migowego:		
Inne:		

OŚWIADCZENIA

Oświadczam że:

- Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „**W kierunku zatrudnienia**”
- Zapoznałem/-am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję go i jestem świadomy możliwości wprowadzania w nim zmian.
- Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- Nie jestem objęta/ty takimi samymi działaniami aktywizacyjnymi w ramach innych zadań lub projektów finansowanych ze środków PFRON realizowanymi w tym samym czasie.
- Przynależę do grupy docelowej projektu określonej w Regulaminie uczestnictwa i rekrutacji do projektu.
- Przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym dane osobowe oraz adres zamieszkania są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień przystąpienia do projektu.
- Na dzień przystąpienia do projektu jestem osobą posiadającą status osoby nie pracującej tj. osoby bezrobotnej zarejestrowanej w ewidencji urzędu pracy lub niezarejestrowanej lub biernej zawodowo.
- Jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuje do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem zgodności z prawdą.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celu realizacji naboru a w przypadku pozytywnego rozpatrzenia podania w celu realizacji toku edukacyjnego.
- Administratorem danych osobowych jest Fundacja Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju z siedzibą w Pile, ul. Różana Droga 1A.
- **Wyrażam zgodę** na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez Fundację Aktywizacji Zawodowej.
- **Zostałem/am poinformowany/a**, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.

Data, Miejscowość	Czytelny Podpis