



Załącznik nr 1 do regulaminu projektu „Akademia zatrudnienia”

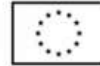
Formularz rekrutacyjny

UCZESTNIKÓW PROJEKTU „Akademia zatrudnienia”

w ramach 8 Osi Priorytetowej Rynek Pracy Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 Działanie 8.2 Aktywizacja zawodowa z Europejskiego Funduszu Społecznego

Beneficjent	<p>Lider projektu: Fundacja KTO Kultura – Troska - Otwartość, Słupnice 833, 34-615 Słupnice</p> <p>Partnerzy: CONSULTING STĘP ANNA BACA, I. Paderewskiego 180A, 86-300 Grudziądz Agata Olszewska-Sarapata Warsztat Rozwoju ul. Tyniecka 43/A1, 30-323 Kraków</p> <p>Biuro projektu: 30-318 Kraków ul. Bałuckiego 6</p>
Czas trwania projektu	01.09.2020 – 31.12.2021
Data wpływu Formularza i nadany numer	

L.p.		Lp.	nazwa	
I	Dane podstawowe	1	Imię (imiona)	
		2	Nazwisko	
		3	Wiek	
		4	PESEL	
		5	Płeć	
		6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym)
II	Adres zamieszkania	1	Ulica	
		2	Nr domu	
		3	Nr lokalu	



		4	Miejscowość		
		5	Miasto/wieś		
		6	Kod pocztowy		
		7	Województwo		
		8	Powiat		
III	Dane kontaktowe	1	Telefon stacjonarny		
		2	Telefon komórkowy		
		3	Adres poczty elektronicznej e-mail		
		4	Adres do korespondencji /jeżeli jest inny niż adres zamieszkania		
IV	Dotychczasowe doświadczenie zawodowe	Lp.	Miejsce pracy i okres pracy	Opis stanowiska	
		1			
		2			
		3			
IV Warunki uczestnictwa w projekcie					
1. osoby niespełniające warunków kwalifikowalności nr 1, 3, 4, 5 nie mogą brać udziału w Projekcie				TAK ¹	NIE ¹
2. w przypadku mężczyzn musi zostać spełniony min. jeden z warunków kwalifikowalności nr 1a, 2, 5c, 6					
1	Osoba w wieku 30 lat i więcej .				
	a	w tym osoba po 50 roku życia.			
2	Osoba niepełnosprawna (wymagana kopia orzeczenia o niepełnosprawności). Jeżeli masz specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, które należy spełnić, aby zapewnić Ci pełne uczestnictwo w projekcie zgłoś je lub wpisz jakie:				
3	Osoba zamieszkująca województwo małopolskie				

1 właściwe zaznaczyć „X”



4	Osoba nie jest uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia są tego samego rodzaju i zmierzają do osiągnięcia tego samego celu/korzyści			
5	a	Osoba bierna zawodowo .		
	b	Osoba bezrobotna .		
	c	Osoba długotrwale bezrobotna (osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy).		
6	Osoba o niskich kwalifikacjach (wykształcenie max. na poziomie ISCED 3- niższe niż podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, ponadgimnazjalne)			
7	Osoba opiekująca się osobami zależnymi			
w tym: podać liczbę dzieci: i wiek dzieci:				
w tym: inną osobą zależną				
V Informacje dodatkowe			TAK	NIE
1	Stopień niepełnosprawności: lekki, umiarkowany, znaczny (wpisz poprawny)			Odmowa podania inf.
2	Osoba zamieszkująca powiat: suski, wielicki, m. Tarnów, wadowicki, brzeski, gorlicki, nowotarski, proszowicki, oświęcimski, tarnowski, limanowski, olkuski, chrzanowski, nowosądecki, tatrzański, dąbrowski			NIE DOTYCZY
3	Osoba zamieszkująca na terenie jednego z miast średnich: Andrychów, Bochnia, Brzesko, Chrzanów, Gorlice, Limanowa, Myślenice, Nowy Sącz, Nowy Targ, Olkusz, Oświęcim, Skawina, Tarnów, Trzebinia, Wadowice, Wieliczka, Zakopane			
4	Osoba należąca do mniejszości narodowej, etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia			
5	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań			NIE DOTYCZY
6	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)			
7	Czy będzie się Pan/Pani ubiegał/a o zwrot kosztów poniesionych na dojazd z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji poszczególnych form wsparcia?			NIE DOTYCZY
8	Czy będzie się Pan/Pani ubiegał/a o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną?			NIE DOTYCZY
MIEJSCOWOŚĆ, DATA I CZYTELNY PODPIS				