



Formularz uczestnika¹ projektu

	Lp.	Nazwa	Pola do wypełnienia/ zaznaczenia			
Dane uczestnika	1	Imię / imiona i nazwisko				
	2	Miejsce urodzenia (miasto i województwo)				
	3	PESEL				
	4	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe		
Dane kontaktowe	5	Adres zamieszkania ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod, gmina, powiat	Gmina		Powiat	
	6	Telefon				
	7	Adres poczty elektronicznej e-mail				
Dane dodatkowe	8	Status osoby na rynku pracy (uwaga: dołączyć dokumenty potwierdzające posiadanie danego statusu)	<input type="checkbox"/> osoba niepracująca, zwolniona z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy w dniu:, tj. w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu, w tym: <input type="checkbox"/> os. bezrobotna zarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> os. bezrobotna niezarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> os. bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba przewidziana do zwolnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy lub zagrożona zwolnieniem z pracy zatrudniona w (nazwa): <input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne na stanowisku: <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> pracownik inst. systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> inny			
	9	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
	10	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie		
	11	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
	12	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych i poprzez złożenie niniejszego formularza deklaruje gotowość przystąpienia do ścieżki szkoleniowej projektu **"Rozpocznij działanie!"**, na warunkach określonych w Regulaminie.

.....
Data i czytelny podpis uczestnika projektu

Załączniki:

1. potwierdzenie posiadania danego statusu na rynku pracy
2. kopia orzeczenia o niepełnosprawności (o ile dotyczy)

¹kandydat staje się uczestnikiem projektu po pozytywnym zakończeniu procesu rekrutacji, w momencie podpisania umowy uczestnictwa w projekcie