



Załącznik 1. Formularz rekrutacyjny

WYPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU

Data i godzina wpływu

Data rozpoczęcia udziału w projekcie

Data zakończenia udziału w projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Deklaruję chęć przystąpienia do projektu:

Tytuł projektu	„NOWE UMIEJĘTNOŚCI – WIĘCEJ MOŻLIWOŚCI – powiat giżycki, gołdapski”
Nr Projektu	RPWM.02.03.01-28-0039/16
Oś Priorytetowa 2 „Kadry dla gospodarki”	
Działanie: 2.3: Rozwój kompetencji i umiejętności osób dorosłych	
Poddziałanie 2.3.1 Rozwój kompetencji i umiejętności osób dorosłych z grup defaworyzowanych.	

DANE OSOBOWE KANDYDATA

Imię (imiona)

Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Wiek w latach ____

Nr PESEL

Płeć

Kobieta

Mężczyzna

DANE ADRESOWE KANDYDATA

(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Obszar

miejski

wiejski

Kod pocztowy

Poczta

Powiat

Województwo



DANE DO KORESPONDENCJI (jeżeli inny niż powyżej)

Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość					
Kod pocztowy		Poczta			
Powiat		Województwo			
Miejsce zatrudnienia (miejscowość), pracodawca:					
Miejsce pobierania nauki (miejscowość), placówka:					
DANE KONTAKTOWE					
Numer telefonu stacjonarnego					
Numer telefonu komórkowego					
Adres poczty elektronicznej (e-mail)					
POZIOM WYKSZTAŁCENIA					
*Według Międzynarodowej Standardowej Klasyfikacji Kształcenia					
<input type="checkbox"/> Brak formalnego wykształcenia	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1)*	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2)*			
<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3)* <i>(ukończone na poziomie szkoły średniej - średnie lub zasadnicze zawodowe)</i>	<input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4)* <i>(ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)</i>	<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-6)*			
DANE DODATKOWE					
Osoba z niepełnosprawnościami*	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	Wymienić rodzaje dostosowań ze względu na niepełnosprawność:		
	<input type="checkbox"/> nie				



WSPARCIE DODATKOWE			
Wnioskuje o zwrot kosztów dojazdu do ośrodka szkoleniowego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Uzasadnienie, koszty	
Wnioskuje o zapewnienie/zwrot kosztów opieki nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Uzasadnienie, koszty	
Wnioskuje dodatkowe o wsparcie motywacyjne w formie coachingu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Uzasadnienie	

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.*

Miejscowość i data

Czytelny podpis Kandydata