



Centrum Charytatywno- Opiekuńcze CARITAS
p.w. Matki Bożej z Lourdes w Pile



Gmina Szydłowo



Spółdzielnia Socjalna PROMYK

Formularz rekrutacyjny

Projekt „SPEKTRUM MOŻLIWOŚCI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”

POKL.07.04.00-30-055/13

I. Dane personalne			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Dowód osobisty wydany przez		Seria i nr dowodu osobistego	
PESEL		NIP	
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Wyższe		
Ulica		Nr domu/ Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Powiat		Województwo	
Obszar	<input type="checkbox"/> miejski (powyżej 25tys. mieszkańców) <input type="checkbox"/> wiejski (poniżej 25tys. mieszkańców)		
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	
Adres e-mail			
Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta		

II. Przynależność do grupy docelowej - proszę zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE	TAK	NIE
1. Osoba bezrobotna tj. pozostająca bez zatrudnienia, zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osoba w wieku powyżej 18 - 64 r.ż.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Osoba zamieszkująca na terenie gminy Szydłowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





Centrum Charytatywno- Opiekuńcze CARITAS
p.w. Matki Bożej z Lourdes w Pile



Gmina Szydłowo

Spółdzielnia Socjalna PROMYK



III. Dodatkowe informacje proszę zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE	TAK	NIE
1. Osoba długotrwale bezrobotna tj. osoba pozostająca bez zatrudnienia przez okres co najmniej kolejnych 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat, zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osoba nieaktywna zawodowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Osoba niepełnosprawna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. OŚWIADCZENIA

1. Pouczony/a o składaniu oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane podane w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji projektu „SPEKTRUM ” i akceptuję jego warunki.
3. Jeżeli zostanę zakwalifikowany/a do udziału w projekcie zobowiązuję się do podpisania w Biurze Projektu w wymaganym terminie Deklaracji uczestnictwa w projekcie

VI. WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI

1. Dowód osobisty – do wglądu przez pracownika Biura Projektu.
2. Orzeczenie o niepełnosprawności – do wglądu przez pracownika Biura Projektu
3. Zaświadczenie z PUP (powiatowego urzędu pracy) o statusie osoby bezrobotnej.
4. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (Załącznik nr 1 do formularza).

.....
Miejscowość, data

.....
PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Wypełnia Biuro Projektu „SPEKTRUM”		
Zgłoszenie numer	POKL. - POKL.07.04.00-30-055/13	
Data wpływu formularza		Ilość stron:
Podpis osoby przyjmującej formularz		



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





Centrum Charytatywno- Opiekuńcze CARITAS
p.w. Matki Bożej z Lourdes w Pile



Gmina Szydłowo

Spółdzielnia Socjalna PROMYK



Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego: Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu „SPEKTRUM MOŻLIWOŚCI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi Projektu;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość, data

.....
PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





Centrum Charytatywno- Opiekuńcze CARITAS
p.w. Matki Bożej z Lourdes w Pile



Gmina Szydłowo

Spółdzielnia Socjalna PROMYK



Deklaracja uczestnictwa w projekcie

„Spektrum możliwości osoby niepełnosprawnej”

Imię

Nazwisko

Adres.....

.....

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „SPEKTRUM MOŻLIWOŚCI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” POKL.07.02.00-30-055/13 przewidzianym do realizacji przez *Centrum Charytatywno-Opiekuńcze CARITAS p.w. Matki Bożej z Lourdes w Pile oraz Gminę Szydłowo i Spółdzielnię Socjalną „PROMYK”* w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL).

Oświadczam również, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.

Szydłowo, dnia

Podpis:



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

