**Projekt „Kawiarnia Zakładu Aktywności Zawodowej w Rzeszowie” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020.**

Projekt realizowany jest przez Polski Związek Organizatorów Zakładów Aktywności Zawodowej i Warsztatów Terapii Zajęciowej

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez PZOZAZ | |
| Data przyjęcia formularza |  |
| Godzina przyjęcia formularza |  |
| Numer formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |
| Numer Identyfikacyjny Kandydata (NIK) |  |

* + - 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | DANE PERSONALNE | | | | |
| 1. | Imię / Imiona | |  | | |
| 2. | Nazwisko | |  | | |
| 3. | Data i miejsce urodzenia | |  | | |
| 4. | Płeć | | □ Kobieta | □ Mężczyzna | |
| 5. | PESEL | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| 6. | NIP | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  | - |  |  | | | |
| 7. | Seria i nr dowodu osobistego: | |  | | |
| 8. | Dowód osobisty wydany przez: | |  | | |
| 9. | Telefon kontaktowy: | | Telefon stacjonarny: | | |
| Telefon komórkowy: | | |
| 10. | Adres e – mail | |  | | |
| 11. | Adres zameldowania | | | | |
| A | Miejscowość |  | | |
| B | Rodzaj miejscowości | □ Miasto | □ Wieś | |
| C | Ulica, nr domu / lokalu |  | | |
| D | Kod pocztowy |  | | |
| E | Województwo |  | | |
| F | Powiat |  | | |
| G | Gmina |  | | |
|  |  |  |  | | |
| 12. | Adres zamieszkania  (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) | | | | |
| A | Miejscowość |  | | |
| B | Rodzaj miejscowości | □ Miasto | | □ Wieś |
| C | Ulica, nr domu / lokalu |  | | |
| D | Kod pocztowy |  | | |
| E | Województwo |  | | |
| F | Powiat |  | | |
| G | Gmina |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 13. | Dane teleadresowe rodzica/opiekuna prawnego  (*wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną*) | | | |
| A | Miejscowość |  | |
| B | Rodzaj miejscowości | □ Miasto | □ Wieś |
| C | Ulica, nr domu / lokalu |  | |
| D | Kod pocztowy |  | |
| E | Województwo |  | |
| F | Powiat |  | |
| G | Gmina |  | |

**II. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| 1. | Wykształcenie *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)* |  | Brak | | | | | |
|  | Podstawowe | | | | | |
|  | Gimnazjalne | | | | | |
|  | Zasadnicze zawodowe | | | | | |
|  | Średnie | | | | | |
|  | Wyższe | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 2. | Status na rynku pracy *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | Osoba bezrobotna  **(bezrobotny zarejestrowany**  **w ewidencji urzędów pracy)** | |  | | Profil pomocy I | |
|  | | Profil pomocy II | |
|  | | Profil pomocy III | |
|  | Osoba bezrobotna  **(bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy ale poszukujący pracy i gotowy do jej podjęcia)** | | | | | |
|  | Osoba długotrwale bezrobotna[[1]](#footnote-1)  **(długotrwale bezrobotny**  **zarejestrowany w urzędach**  **pracy)** | | |  | | Profil pomocy I |
|  | | Profil pomocy II |
|  | | Profil pomocy III |
|  | Osoba długotrwale bezrobotna  **(długotrwale bezrobotny niezarejestrowany w urzędach pracy ale poszukujący pracy i gotowy do jej podjęcia)** | | | | | |
|  | Osoba aktywna zawodowo, tzn. zatrudniona | | | | | |
|  | Osoba bierna zawodowo | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 3. | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | Niepełnosprawność w stopniu lekkim | | | | | |
|  | Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym | | | | | |
|  | Niepełnosprawność w stopniu znacznym | | | | | |
| Symbol przyczyny niepełnosprawności: …………...…………..  Data ważności orzeczenia:………………………..……………. | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 4. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, imigrant, osoba obcego pochodzenia *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | TAK | | | | | |
|  | NIE | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 5. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | TAK | | | | | |
|  | NIE | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 6. | Ubezwłasnowolnienie *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | TAK | □ CZĘŚCIOWE □ CAŁKOWITE | | | | |
|  | NIE | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 7. | Preferowane stanowisko pracy *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | Pracownik na stanowisku pomoc cukiernika | | | | | |
|  | Pracownik na stanowisku kelner/sprzedawca | | | | | |
|  |  |  | Pracownik na stanowisku pracownik porządkowy | | | | | |
|  |  |  | Pracownik na stanowisku pracownik administracyjno-magazynowy | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**Wykształcenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Placówki (szkoły, ośrodki, warsztaty), do których Pan/ Pani uczęszczał/ uczęszczała lub uczęszcza nadal | Data  rozpoczęcia | Data zakończenia | Uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Kursy, szkolenia | Data rozpoczęcia | Data zakończenia | Uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Doświadczenie zawodowe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejsce pracy (nazwa  i adres firmy) | **P** – praktyka  **S** – staż  **Z**–zatrudnienie | Stanowisko lub zakres wykonywanych czynności | Czas trwania  (od – do) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Celem zapewnienia pełnej dostępności osobom z różnymi niepełnosprawnościami   
i potrzebami do udziału w projekcie prosimy wymienić jakie niezbędne udogodnienia moglibyśmy zapewnić w celu skorzystania z projektu………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………..

*(Data i czytelny podpis Kandyda/ opiekuna prawnego)*

**OŚWIADCZENIA KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań**

* dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe,
* dobrowolnie deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Kawiarnia Zakładu Aktywności Zawodowej w Rzeszowie”
* zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Kawiarnia Zakładu Aktywności Zawodowej w Rzeszowie” oraz akceptuję jego warunki,
* zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, z udziałem środków PFRON. Działanie 8.1. „Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”.
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Wnioskodawcy z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie,
* Oświadczam ponadto i przyjmuję do wiadomości, że administratorem tak zebranych danych osobowych jest PZOZAZiWTZ, ul. Rejtana 10, 35 – 310 Rzeszów; moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i założeniami projektu; podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości zaangażowania jako personel projektu; mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
* udzielam Wnioskodawcy nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego, wykorzystywania mojego wizerunku. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Wnioskodawcę działalnością i celami projektu pn. „Kawiarnia Zakładu Aktywności Zawodowej w Rzeszowie” w tym w procesie rekrutacji.

……………………………………………………………………..

*(Data i czytelny podpis Kandyda/ opiekuna prawnego)*

**Wykaz wymaganych załączników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numer załącznika | Wykaz wymaganych załączników | Załączono | Nie załączono |
| 1 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA NA RYNKU PRACY | 🞎 | 🞎 |
| 2 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA | 🞎 | 🞎 |
| 3 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA | 🞎 | 🞎 |
| 4 | Kserokopia orzeczenia o Stopniu  NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | 🞎 | 🞎 |
| 5 | Kserokopia DOWODU OSOBISTEGO | 🞎 | 🞎 |

……………………………………………………………………..

*(Data i czytelny podpis Kandyda/ opiekuna prawnego)*

………………………………………..

*(Pieczęć i podpis koordynatora projektu)*

1. Osoby bezrobotne nieprzerwalnie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy) liczonych do dnia złożenia Formularza zgłoszeniowego do udziału w projekcie. [↑](#footnote-ref-1)