

Załącznik 1. Formularz rekrutacyjny (wersja 3)

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

Pocztą

Powiat

Województwo

DANE DO KORESPONDENCJI (jeżeli inny niż powyżej)

Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość					
Kod pocztowy		Pocztą			
Powiat		Województwo			
(Wypełnić w przypadku zamieszkania poza powiatami objętymi projektem)					
Miejsce zatrudnienia (miejscowość), pracodawca:					
(Wypełnić w przypadku zamieszkania poza powiatami objętymi projektem)					
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*

☐ Brak formalnego wykształcenia	☐ Podstawowe (ISCED 1)*	☐ Gimnazjalne (ISCED 2)*
☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3)* (ukończone na poziomie szkoły średniej - średnie lub zasadnicze zawodowe)	☐ Policealne (ISCED 4)* (ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	☐ Wyższe (ISCED 5-6)*

DANE DODATKOWE			
Osoba z niepełnosprawnościami*	☐ tak	☐ odmawiam podania informacji	Wymienić rodzaje dostosowań ze względu na niepełnosprawność:
	☐ nie		
WSPARCIE DODATKOWE			
Wnoszę o zwrot kosztów dojazdu do ośrodka szkoleniowego	☐ tak ☐ nie	Uzasadnienie, koszty	
Wnoszę o zapewnienie/zwrot kosztów opieki nad osobą zależną	☐ tak ☐ nie	Uzasadnienie, koszty	
Wnoszę dodatkowe o wsparcie motywacyjne w formie coachingu	☐ tak ☐ nie	Uzasadnienie	

Oświadczam, że nie prowadzę działalności gospodarczej.

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