



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

### Do projektu „Doświadczenie Zawodowe Twoją Szansą”

Dane podstawowe				
Imię i nazwisko				
PESEL			Data i miejsce urodzenia	
NIP			Wiek	
Miejsce	Zameldowania		Zamieszkania	
Miejscowość				
Kod Pocztowy i poczta				
Ulica				
Nr domu i nr lokalu				
Powiat i województwo				
Dane kontaktowe				
Telefon	domowy		komórko -wy	
Adres poczty elektronicznej e-mail				
Adres do korespondencji				
Dane dodatkowe				
Wykształcenie	Podstawowe niepełne <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Zawód .....			
Orzeczenie o niepełnosprawności	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Rodzaj niepełnosprawności .....			



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<b>Status na rynku pracy (proszę zaznaczyć x)</b>			
<b>Osoba pozostająca bez zatrudnienia, zarejestrowana jako osoba bezrobotna<sup>1</sup></b>		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>Osoba pozostająca bez zatrudnienia, nie zarejestrowana jako osoba bezrobotna, nieaktywna zawodowo<sup>2</sup></b>		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>Kobieta wchodząca lub powracająca na rynek pracy po urodzeniu dziecka</b>		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>Osoba bezrobotna wychowującą co najmniej jedno dziecko do 7 roku życia</b>		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>Osoba długotrwale bezrobotna<sup>3</sup></b>		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>Osoba, która utraciła zatrudnienie z przyczyn nie dotyczących pracownika</b>		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>Przebieg dotychczasowego zatrudnienia</b>			
Okres		Nazwa i adres pracodawcy	Stanowisko
Od	Do		
<b>Odbyte kursy, szkolenia</b>			
.....			
.....			
.....			
.....			
<b>Czy już odbywał(a) pan(i) staż lub przygotowanie zawodowe?</b>		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
		Jeśli tak proszę podać okres, miejsce i stanowisko.....	
		.....	
		.....	

<sup>1</sup> **Osoba bezrobotna** – oznacza bezrobotnego pozostającego w rejestrze Powiatowego Urzędu Pracy.

<sup>2</sup> **Osoba nieaktywna zawodowo** - oznacza osobę niezatrudnioną, nie zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy, nie wykonującą pracy zarobkowej, nie będącą rolnikiem ani domownikiem rolnika.

<sup>3</sup> **Osoba długotrwale bezrobotna** - osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze Powiatowego Urzędu Pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<b>Deklaruję chęć udziału w: (proszę zaznaczyć x)</b>	
<b>Szkolenie – „Kurs opiekuna osób starszych, przewlekle chorych i niepełnosprawnych”</b>	
<b>Staż</b>	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym i załącznikach na potrzeby realizacji projektu w tym m.in. na potrzeby rekrutacji, monitorowania i ewaluacji projektu. Ponadto wyrażam zgodę na nagrywanie i robienie zdjęć na potrzeby promocyjne projektu. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o nazwie i siedzibie administratora danych osobowych, celu zbierania danych oraz prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997 nr 133, poz. 883)."

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane podane w Formularzu zgłoszeniowym i załącznikach są zgodne z prawdą.

.....  
Miejscowość, data

.....  
czytelny podpis