FORMULARZ ZGŁOSZENIA

na szkolenie w ramach projektu
„Najtrudniejszy pierwszy krok" nr projektu RPPM.06.01.02-22-0066/15
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Data i godzina wpływu formularza:	

DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA - PROSIMY O WYPEŁNIENIE WYŁĄCZNIE BIAŁYCH PÓL			
1. Imię (imiona) i nazwisko			
2. PESEL		**3. Data urodzenia**	
4. Miejsce urodzenia			
5. Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	**6. Wiek**	**…… lat**
7. Adres zamieszkania	Województwo:		
	Powiat:		
	Gmina:		
	Miejscowość:		
	Obszar: ☐ Miasto ☐ Wieś		
	Ulica: nr budynku nr lokalu		
	Kod pocztowy:		
8. Telefon kontaktowy			
9. E-mail			
10. Wykształcenie	☐ Brak (brak formalnego wykształcenia)		
	☐ Podstawowe		
	☐ Gimnazjalne		
	☐ Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej)		
	☐ Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie **nie jest wykształceniem wyższym**)		
	☐ Wyższe		
	☐ W trakcie studiów w trybie zaocznym lub wieczorowym		
11. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy (osoby pozostające bez pracy, gotowe do jej podjęcia i aktywnie poszukujące pracy, jednak nie zarejestrowane w urzędzie pracy)		
	☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy		
	☐ osoba bierna zawodowo, w tym: ☐ oświadczam, że planuję wejście/powrót na rynek pracy		

fundacja partycypacji społecznej

Fundacja Partycypacji Społecznej
ul. Sportowa 24a
89-310 Łobżenica
e-mail: biuro@fundacja-spoleczna.pl
www.fundacja-spoleczna.pl

	☐ oświadczam, że nie planuję wejścia/powrotu na rynek pracy
	☐ osoba pracująca, w tym: ❑ w administracji rządowej ❑ w administracji samorządowej ❑ w MMŚP ❑ w organizacji pozarządowej ❑ prowadząca działalność na własny rachunek ❑ w dużym przedsiębiorstwie ❑ inne ……
12.Wykonywany zawód (jeśli dotyczy)	❑ instruktor praktycznej nauki zawodu ❑ nauczyciel kształcenia ogólnego ❑ nauczyciel wychowania przedszkolnego ❑ nauczyciel kształcenia zawodowego ❑ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ❑ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ❑ pracownik instytucji rynku pracy ❑ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ❑ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ❑ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ❑ pracownik poradni psychologiczno–pedagogicznej ❑ inny ……. Zatrudniony w ……
13. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia ☒ ODMOWA PODANIA DANYCH ☐TAK ☐ NIE osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ☐ TAK ☐ NIE osoba z niepełnosprawnościami ☐ TAK ☐ NIE osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących ☐ TAK ☐ NIE w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu ☐ TAK ☐ NIE osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci ☐ TAK ☐ NIE osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione wyżej) ☐ TAK ☐ NIE
14. Oświadczenie	Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Fundację Partycypacji Społecznej oraz organy administracji rządowej oraz samorządowej lub upoważnione przez nie instytucje (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) – w celach związanych z realizacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa.
15. **Data i miejsce sporządzenia formularza**	
16. Podpis uczestnika	
17. Oświadczenia Uczestnika	**Oświadczam, że jestem:**

	☐ osobą nieuczestniczącą w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym, ☐ osobą nieszkolącą się (osoby nieuczestniczące w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy, **Oświadczam, że jestem:** ☐ osobą z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności ☐ osobą z orzeczonym umiarkowanym stopniem niepełnosprawności ☐ osobą z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności
18. Poziom przyznanego wsparcia	☐ indywidualne wsparcie doradczo - szkoleniowe ☐ warsztaty grupowe z doradcą zawodowym i psychologiem ☐ odbycie szkoleń/kursów ☐ staż zawodowy ☐ proces coachingowi w trakcie trwania stażu
19. Data rozpoczęcia udziału w projekcie (*należy wpisać datę podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie)*	.....
20. Data zakończenia udziału w projekcie (*należy wpisać ostatni dzień danej osoby w projekcie)*	.....
21. Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	☐ Tak ☐ Nie
22. Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia (*należy wypełnić na podstawie deklaracji uczestnika bądź informacji posiadanych przez projektodawcę)*	☐ Podjęcie zatrudnienia ☐ Podjęcie nauki ☐ Inne