##### data wpływu formularza ……………..…

##### FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu **„Oda do młodości II”**

Prosimy o wypełnienie rubryk wielkimi literami i zaznaczenie krzyżykiem odpowiedniego kwadratu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane podstawowe | Imię (imiona) i Nazwisko |  | | | | | |
|  | PESEL |  | | | | | |
| Adres zamieszkania: | powiat |  | | miejscowość | |  | |
|  | ulica |  | | nr domu /lokalu | |  | |
|  | kod pocztowy |  | | poczta | |  | |
| Dane kontaktowe | Tel. kom. |  | | Tel. stacjonarny | |  | |
|  | E-mail: |  | | | | | |
| Wykształcenie | wyższe  pomaturalne  ponadgimnazjalne (zasadnicze zawodowe, średnie zawodowe i ogólnokształcące)  gimnazjalne  podstawowe  brak | | | | | | |
| **Jestem osobą bierną zawodową** tzn. w danej chwili nie tworzę zasobów siły roboczej czyli nie pracuję i nie jestem osobą bezrobotną | | | | | | | TAK  NIE |
| **Jestem osobą bezrobotną** pozostającą bez pracy, gotową do jej podjęcia i aktywnie poszukuję zatrudnienia nie zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy | | | | | | | TAK  NIE |
| **Jestem osobą długotrwale bezrobotną**  Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:  - Młodzież (poniżej 25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy),  - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy. | | | | | | | TAK  NIE |
| **Uczestniczę w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym**  Kształcenie formalne w trybie stacjonarnym rozumiane jest jako kształcenie w systemie szkolnym na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych, jak również kształcenie na poziomie wyższym w formie studiów wyższych lub doktoranckich realizowanych w trybie dziennym | | | | | | | TAK  NIE |
| **W okresie ostatnich 4 tygodni** **uczestniczyłem w pozaszkolnych zajęciach** mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy, finansowanych ze środków publicznych | | | | | | | TAK  NIE |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością** | | | | | | | TAK  NIE |
| **Posiadam doświadczenie zawodowe poniżej 1 roku**  Doświadczenie zawodoweto doświadczenie uzyskane w trakcie zatrudnienia, wykonywania innej pracy zarobkowej lub prowadzenia działalności gospodarczej przez okres co najmniej 6 miesięcy | | | | | | | TAK  NIE |
| **Brak doświadczenia zawodowego** | | | | | | | TAK  NIE |
| **Jestem osobą należącą do którejkolwiek z poniżej wymienionych grup:**   1. młodzież z pieczy zastępczej opuszczająca pieczę (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy) ze szczególnym uwzględnieniem:  * wychowanków pieczy zastępczej powyżej 15 roku życia, którzy po zakończeniu pobytu w instytucjach pieczy zastępczej powrócili do rodzin naturalnych, * wychowanków pieczy zastępczej powyżej 18 roku życia, którzy założyli własne gospodarstwo domowe, * wychowanków pieczy zastępczej powyżej 18 roku życia, którzy usamodzielniają się i mają trudności ze znalezieniem zatrudnienia po zakończeniu pobytu w instytucjach pieczy zastępczej,  1. matki opuszczające pieczę (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy), 2. absolwenci młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii (do roku po opuszczeniu), 3. absolwenci specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych i specjalnych ośrodków wychowawczych (do roku po opuszczeniu), 4. matki przebywające w domach samotnej matki, 5. osoby młode opuszczające zakłady karne lub areszty śledcze (do roku po opuszczeniu). | | | | | | | TAK  NIE |
| Preferowany udział w 1 z 3 opcji wsparcia | | | | | | | |
| **Opcja 1**   * Poradnictwo zawodowe, w tym utworzenie Indywidualnego Planu Działania (4 godz.) * Pośrednictwo pracy (do 5 godz.) * Szkolenie | | | **Opcja 2**   * Poradnictwo zawodowe, w tym utworzenie Indywidualnego Planu Działania (4 godz.) * Pośrednictwo pracy (do 5 godz.) * Staż 6-cio miesięczny lub Subsydiowane zatrudnienie | | **Opcja 3**   * Poradnictwo zawodowe, w tym utworzenie Indywidualnego Planu Działania (4 godz.) * Pośrednictwo pracy (do 5 godz.) * Szkolenie * Staż 6-cio miesięczny lub Subsydiowane zatrudnienie | | |
| Preferowany udział w szkoleniu (opcja 1 i 3) | Podstawy rachunkowości (120 godz.)  Lakiernik w przemyśle drzewnym (40 godz.)  Kurs kelnerski (48 godz.)  Kierowca samochodu ciężarowego (190 godz.): prawo jazdy kat. C i kwalifikacja wstępna przyśpieszona  Brak szkolenia lub inne: …………………………………………………………………………...…………………… | | | | | | |
| Ostateczny wybór opcji wsparcia w tym rodzaju szkolenia nastąpi w trakcie poradnictwa zawodowego i pośrednictwa pracy. | | | | | | | |
| **OŚWIADCZAM, że:**   1. zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i w pełni go akceptuję; 2. znam i spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie *„Oda do młodości II”*; 3. zobowiązuje się poinformować o zmianie powyższych danych przed przystąpieniem do projektu; 4. zostałam(em) poinformowana(y), iż projekt *„Oda do młodości II”*  jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego 5. wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym; 6. zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie; 7. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. z 2016 r., poz. 922). 8. zostałem/am poinformowany/a o prawie wglądu do moich danych oraz ich poprawiania zgodnie z art.24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922). Przekazanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek **odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu**. 9. powyższe dane są prawdziwe i jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą   Czytelny podpis………..……….…………………………..…………., Data wypełnienia:………………………………..… | | | | | | | |

Formularz rekrutacyjny należy przekazać do biura projektu:

**Biuro doradczo - szkoleniowe „APLIKON” Marcin Drewnowski**

**ul. Rynek Piłsudskiego 57, 18-200 Wysokie Mazowieckie,**

[**www.aplikon.com**](http://www.aplikon.com)**, e-mail:** **biuro@aplikon.com**

**tel./fax. 86 275 44 03, tel. kom. 516 056 941**

