



FORMULARZ REKRUTACYJNY

Wypełnia Organizator szkolenia:

BENEFICJENT	PLATA PIOTR SIERZPUTOWSKI
TYTUŁ PROJEKTU	GODNA OPIEKA NA CO DZIEŃ – WSPARCIE MIESZKAŃCÓW POWIATU NAMYSŁOWSKIEGO
NR PROJEKTU	RPOP. 08.01.00-16-0049/21
WPŁYNYŁO DNIA	
PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ	

Wypełnia Uczestnik/Uczestniczka:

I. DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI																	
(PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓL FORMULARZA CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)																	
IMIĘ (IMIONA)																	
NAZWISKO																	
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEȚA	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA															
PESEL	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>(Proszę o wpisanie nr pesel jedna cyfra w jednym kwadracie)</p>						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
DATA URODZENIA																	
MIEJSCE URODZENIA																	
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU																	
WYKSZTAŁCENIE (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED0)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED1)	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED2)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED3)	<input type="checkbox"/> Policealne (ISCED4)	<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED5)											
II. DANE KONTAKTOWE																	



ADRES ZAMIESZKANIA¹			
WOJEWÓDZTWO			
POWIAT			
GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA			
NR DOMU		NR LOKALU	
KOD POCZTOWY			
TELEFON KONTAKTOWY			
E-MAIL			
ADRES DO KORESPONDENCJI (NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)			
ULICA			
NR DOMU		NR LOKALU	
MIEJSCOWOŚĆ			
KOD POCZTOWY			

¹ Według wykładni Kodeksu cywilnego.



III. STATUS NA RYNKU PRACY		
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:		
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNI KWADRAT TAK/NIE)		
Osoba bierna zawodowo - osoba, która w danej chwili nie pracuje, nie jest zarejestrowana w urzędzie pracy i nie poszukuje pracy.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

IV. STATUS SPOŁECZNY				
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:				
(Proszę zaznaczyć kwadraty w jednej z pozycji 1 - 6)				
1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa udzielenia informacji
2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
3.	Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa udzielenia informacji
4.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
5.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
6.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione w pkt 1-5):	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa udzielenia informacji

V. KRYTERIA
KRYTERIA DOSTĘPU



OŚWIADCZAM, IŻ NALEŻĘ DO NASTĘPUJĄCYCH GRUP OSÓB:		
Osoba powyżej 50 roku życia:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba zamieszkująca jedną z gmin woj. opolskiego powiatu namysłowskiego:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Gmina Namysłów (miejsko-wiejska)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Gmina Domaszowice (wiejska)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Gmina Świerczów (wiejska)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Gmina Wilków (wiejska)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Gmina Pokój (wiejska)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba bierna:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
KRYTERIA PREMIUJĄCE:		
OŚWIADCZAM, IŻ NALEŻĘ DO NASTĘPUJĄCYCH GRUP OSÓB:		
Kobieta:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba wykluczona społecznie z powodu więcej niż jednej z przesłanek (według oświadczenia):	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba niepełnosprawna:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Zamieszkanie w mieście Namysłów:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis)



Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Nie mam dostępu do świadczeń gwarantowanych.

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna Faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: uzyskuję dochody poniżej min. socjalnego¹

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna Faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: prowadzenie gospodarstwa jednoosobowego²

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna Faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, wydane przez,
..... w dniu,³ które stanowią załączniki do dokumentacji rekrutacyjnej.

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna Faktycznego

Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: wiek uczestnika projektu został zweryfikowany na podstawie dokumentu tożsamości w dniu

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna Faktycznego

¹Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”

²Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”

³Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”