

Formularz rekrutacyjny „*Mogę, potrafię, umiem i chcę – aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych*”

Projekt realizowany na podstawie Umowy nr UDA-POKL.06.01.01-08-092/09-00 zawartej
z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Zielonej Górze w ramach

Działania 6.1 „Poprawa dostępu do zatrudnienia oraz wspieranie aktywności zawodowej w regionie”
Priorytetu VI Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki
realizowanego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

I. Dane personalne		Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Imię/Imiona		Nazwisko	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Dowód osobisty wydany przez		Seria i nr dowodu osobistego	
PESEL		Wiek: Od 18 do 64 lat	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Wyższe		
Ulica		Nr domu/ Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Powiat		Województwo	Lubuskie
Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski		
e-mail		Telefon komórkowy	

II. Status uczestnika - proszę zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE (na etapie podpisywania umowy będą wymagane zaświadczenia ze stosownych instytucji, potwierdzające zaznaczoną odpowiedź)	TAK	NIE
1. Osoba pozostająca bez zatrudnienia zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osoba nieaktywna zawodowo (m.in. rencista, osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Przynależność do jednej z wymienionych poniżej grup - proszę zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE (na etapie podpisywania umowy będą wymagane zaświadczenia potwierdzające zaznaczoną odpowiedź)		
1. Osoba powyżej 45 roku życia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osoba, która utraciła zatrudnienie z przyczyn nie dotyczących pracowników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Miejscowość, data

.....
PODPIS UCZESTNIKA PROJEKT

Wypełnia Biuro Consultingowo – Handlowe GWARANCJA	
Zgłoszenie numer	UDA-POKL.06.01.01-08-092/09-00/.....
Data wpływu formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	