 C:\public\Logotypy\02_Logo_wersja_pozioma(CMYK).tif 

**Numer wniosku SL2014:** RPZP.07.01.00-32-K011/19

**Tytuł projektu:** Program specjalny: ODKRYJ SIEBIE-POKONAJ BARIERY - II edycja

**Działanie:** 7.1 Programy na rzecz integracji osób i rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym ukierunkowane na aktywizację społeczno-zawodową wykorzystującą instrumenty aktywizacji edukacyjnej, społecznej, zawodowej RPO WZ 2014-2020

**Okres realizacji:** 01.01.2021r. – 31.05.2022r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wypełnia osoba przyjmująca formularz rekrutacyjny | | |
| Zgłoszenie numer | …………………………………………… |
| Data wpływu formularza | …………………………………………… |
| Podpis osoby przyjmującej formularz | ………………………………………….… |

**Formularz rekrutacyjny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Dane personalne potencjalnego Uczestnika Projektu** | | | | | | | | |
| Imię/Imiona | |  | | Miejsce urodzenia: | |  | | |
| Nazwisko: | |  | | Data urodzenia: | |  | | |
| Płeć: | | kobieta  mężczyzna | | Wiek: | |  | | |
| PESEL: | |  | | | | | | |
| Wykształcenie: | | brak lub podstawowe  gimnazjalne  zasadnicze zawodowe  średnie  policealne  wyższe | | | | | | |
| Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną: | | | | | | tak | | nie |
| **Adres zamieszkania:** | | | | | | | | |
| Ulica: | |  | | | Nr domu: | |  | |
| Miejscowość: | |  | | | Nr lokalu: | |  | |
| Obszar: | | miejski | wiejski | |
| Poczta: | |  | | | Kod pocztowy: | |  | |
| Gmina: | |  | | | Powiat: | |  | |
| Województwo: | |  | | | Telefon stacjonarny: | |  | |
| e-mail: | |  | | | Telefon komórkowy: | |  | |
| **II. Ankieta dotycząca kwalifikowalności kandydata:** | | | | | | | | |
| ***Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy w Myśliborzu*, *jednocześnie należę do poniższych grup:*** | | | | | | | | |
|  | *Osoba długotrwale bezrobotna* | | | | | | | |
|  | *Osoba niskowykwalifikowana (wykształcenie ponadgimnazjalne i poniżej)* | | | | | | | |
|  | *Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej* | | | | | | | |
|  | *Osoba z niepełnosprawnościami* | | | | | | | |
|  | *Osoba zamieszkała na wsi* | | | | | | | |
|  | *Osoba w wieku 50 lat i więcej* | | | | | | | |
| **III. Informacje dotyczące sytuacji kandydata na rynku pracy** | | | | | | | | |
| 1. **Co skłoniło Pana/Panią do podjęcia decyzji o uczestnictwie w projekcie?** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. **W jakich kierunkach zdobywał/a Pan/i kwalifikacje i doświadczenie? Jakie szkoły ukończono? Na jakich stanowiskach Pan/i pracował/a?** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. **W jakim zawodzie chciałby/ałaby Pan/i zdobyć kwalifikacje i dlaczego?** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. **Czy w związku z posiadanym stopniem niepełnosprawności posiada Pan/i jakieś specjalne potrzeby w związku z udziałem w projekcie?** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **IV. Oświadczenia** | | | | | | | | |
| 1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji Uczestników i akceptuję jego warunki. | | | | | | | | |
| 1. Zapoznałem/am się z kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie. | | | | | | | | |
| 1. Świadomy/a\* odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą. | | | | | | | | |
| **V. Przetwarzanie danych osobowych** | | | | | | | | |
| Administrator – Powiatowy Urząd Pracy w Myśliborzu z siedzibą w 74-300 Myślibórz, ul. Północna 15 informuje Panią/Pana o realizacji nałożonego na administratora obowiązku informacyjnego istniejącego w przypadku zbierania danych osobowych zgodnie z art.13, 14 i 15 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/ WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r ).  Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej obowiązków Administratora – PUP w Myśliborzu zamieszczona jest pod adresem: https://mysliborz.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **……………………………………………..…….** | **……………………………………………...…………..** |
| *Miejscowość, data* | *Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Wypełniają pracownicy Wnioskodawcy odpowiedzialni za rekrutację*** | | | | | |
| **VI. Ocena kwalifikowalności kandydata** | | | | | |
| Czy kandydat to osoba bezrobotna, zarejestrowana w PUP w Myśliborzu? | | | | tak  nie | |
| **VII. Przynależność do grupy priorytetowej (dodatkowa punktacja)** | | | | | ***Punkty*** |
| Kobieta – 9 pkt. | | tak | nie | |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami – 10 pkt. | | tak | nie | |  |
| Osoba niskowykwalifikowana – 8 pkt. | | tak | nie | |  |
| Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego - 10 pkt. | | tak | nie | |  |
| Osoba w wieku powyżej 50 r.ż. – 8pkt. | | |  |  | | --- | --- | | tak | nie | | |  |  | | --- | --- | | nie | nie | | |  |
| **Suma punktów uzyskanych w części VII Formularza rekrutacyjnego** | | | | |  |
| Data i podpis pracownika odpowiedzialnego za rekrutację | ………………………………… | | | | |

**Kandydat zakwalifikowany do udziału w projekcie? TAK / NIE**

**Podpisy członków grupy oceniającej:**

1. **Specjalista ds. monitoringu ………………………………….……**
2. **Doradca klienta …………………….…………………**