**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

*prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub na komputerze*

|  |
| --- |
| DANE INSTYTUCJI OTRZYMUJĄCEJ WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU pn. **„Wzmocnienie potencjału organizacji pozarządowych oraz partnerów społecznych w procesie stanowienia prawa”**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------WSPARCIEM ZOSTANIE OBJĘTY PRZEDSTAWICIEL/KA NASTĘPUJĄCEJ INSTYTUCJI: [ ]  ORGANIZACJA POZARZĄDOWA[ ]  PARTNER SPOŁECZNY ([ ]  ZWIĄZEK ZAWODOWY [ ]  ORGANIZACJA PRACODAWCÓW)[ ]  CZŁONEK ORGANIZACJI [ ]  WOLONTARIUSZ [ ]  PRACOWNIK |
| 1. | NAZWA INSTYTUCJI |  |
| 2. | NIP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | BRAK NIP |[ ]
| TYP INSTYTUCJI |
| [ ]  ORGANIZACJA POZARZĄDOWA ZAREJESTROWANA:[ ]  NA OBSZARZE WIEJSKIM[ ]  NA TERENIE MAŁEGO MIASTA DO 20 TYS. MIESZKAŃCÓW[ ]  NA TERENIE MIASTA POWYŻEJ 20 TYS. MIESZKAŃCÓW |
| DANE KONTAKTOWE INSTYTUCJI |
| 1. | WOJEWÓDZTWO |  |
| 2. | POWIAT |  |
| 3. | GMINA |  |
| 4. | MIEJSCOWOŚĆ |  |
| 5. | ULICA |  |
| 6. | NR BUDYNKU |  |
| 7. | NR LOKALU |  |
| 8. | KOD POCZTOWY |  |
| 9. | TELEFON KONTAKTOWY |  |
| 10. | ADRES E-MAIL  |  |
| DANE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA |
| 1. | IMIĘ |  |
| 2. | NAZWISKO |  |
| 3. | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | BRAK PESELU | [ ]   |
| 5. | PŁEĆ  | [ ]  KOBIETA[ ]  MĘŻCZYZNA |
| 6. | WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU |  |
| 7. | WYKSZTAŁCENIE | [ ]  GIMNAZJALNE (ISCED 2)[ ]  NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (ISCED 0)[ ]  PODSTAWOWE (ISCED 1)[ ]  POLICEALNE (ISCED 4)[ ]  PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3)[ ]  WYŻSZE (ISCED 5-8) |
| DANE KONTAKTOWE |
| 1. | WOJEWÓDZTWO |  |
| 2. | POWIAT |  |
| 3. | GMINA |  |
| 4. | MIEJSCOWOŚĆ |  |
| 5. | ULICA |  |
| 6. | NR BUDYNKU |  |
| 7. | NR LOKALU |  |
| 8. | KOD POCZTOWY |  |
| 9. | TELEFON KONTAKTOWY |  |
| 10. | ADRES E-MAIL  |  |
| DANE DODATKOWE |
| 1. | STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU: | [ ]  OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY W TYM: [ ]  OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA[ ]  INNE---------------------------------------------------------------------------------------[ ]  OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY W TYM:[ ]  OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA[ ]  INNE---------------------------------------------------------------------------------------[ ]  OSOBA BIERNA ZAWODOWO W TYM:[ ]  OSOBA UCZĄCA SIĘ[ ]  OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU[ ]  INNE---------------------------------------------------------------------------------------[ ]  OSOBA PRACUJACA W TYM:[ ]  OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDZOWEJ[ ]  OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ[ ]  OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP[ ]  OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ[ ]  OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚC NA WŁASNY RACHUNEK[ ]  OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE[ ]  INNEWYKONYWANY ZAWÓD (WYPEŁNIĆ JEDYNIE W PRZYPADKU ZAZNACZENIA „OSOBA PRACUJĄCA“):[ ]  INSTRUKTOR PRAKTYCZNE NAUKI ZAWODU[ ]  NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO[ ]  NAUCZYCIEL WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO[ ]  PRACOWNIK 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 WSPIERCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ[ ]  PRACOWNIK PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ[ ]  ROLNIK[ ]  INNYZATRUDNIONY W (WYPEŁNIĆ JEDYNIE W PRZYPADKU ZAZNACZENIA „OSOBA PRACUJĄCA“):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...*(nazwa i adres pracodawcy)* |
| 2. | STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU: | OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA[ ]  NIE[ ]  ODMOWA PODANIA INFORMACJI[ ]  TAK---------------------------------------------------------------------------------------OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ[ ]  TAK [ ]  NIE---------------------------------------------------------------------------------------OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI[ ]  NIE[ ]  ODMOWA PODANIA INFORMACJI[ ]  TAK---------------------------------------------------------------------------------------OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)[ ]  NIE[ ]  ODMOWA PODANIA INFORMACJI[ ]  TAK |

|  |
| --- |
| INNE INFORMACJE |
| Zgłaszam szczególne potrzeby szkolenioweJeśli tak - jakie? ……………………………………………………………………………………….. | [ ] tak [ ] nie  |
| Zgłaszam specjalne potrzeby ze względu na niepełnosprawnośćJeśli tak - jakie? ……………………………………………………………………………………….. | [ ] tak [ ] nie |
| Zgłaszam specjalne wymogi dietetyczne (dieta wegetariańska/bezglutenowa): Jeśli tak - jakie? ……………………………………………………………………………………….. | [ ] tak [ ] nie |
| Jestem osobą uczestniczącą lub identyfikującą potrzebę uczestnictwa w procesie stanowienia prawa | [ ] tak [ ] nie |
| Jestem osobą identyfikującą potrzebę podniesienia kompetencji eksperckich w zakresie oferowanym w projekcie | [ ] tak [ ] nie |

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe** na dzień składania niniejszego oświadczenia. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować **Polską Izbę Informatyki i Telekomunikacji,** Al. Jerozolimskie 136 (IX piętro), Eurocentrum Alfa, 02-305 Warszawa w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt pn. „Wzmocnienie potencjału organizacji pozarządowych oraz partnerów społecznych w procesie stanowienia prawa” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem i akceptuję jego warunki.

…..……………………………………… ………..……………………………………………

 *MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*