**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  INNE  WYKONYWANY 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  INNY  ZATRUDNIONY 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 szkoleniowe  Jeśli tak - jakie? ……………………………………………………………………………………….. | tak nie |
| Zgłaszam specjalne potrzeby ze względu na niepełnosprawność  Jeśli 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*