**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Do projektu: : „Podnoszenie kompetencji przedstawicieli organizacji pozarządowych z województwa zachodniopomorskiego II”**

*prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo   
odpowiadając na wszystkie pytania*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE INSTYTUCJI OTRZYMUJĄCEJ WSPARCIE:  DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: \_\_ \_\_.\_\_ \_\_.\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  CZY WSPARCIEM ZOSTAŁ OBJĘTY PRACOWNIK INSTYTUCJI:  □ CZŁONEK ZARZĄDU □ CZŁONEK STOWARZYSZENIA □ 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 * NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE * PODSTAWOWE * POLICEALNE * PONADGIMNAZJALNE * WYŻSZE | | | | | | | | | | | | |
| 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 firmy)* | | | | | | | | | | | | |
| 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-czy posiada specjalne potrzeby związane z niepełnosprawnością ? * JAKIE?..............................................................................................................................................................................   ---------------------------------------------------------------------------------------  OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)   * NIE * ODMOWA PODANIA INFORMACJI * TAK | | | | | | | | | | | | |

**Oświadczenia:**1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować ***Zachodniopomorskie Forum Organizacji Socjalnych ZaFOS, al. Wojska Polskiego 69, 70-478 Szczecin*** w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

2. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie.3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt pn. **„Podnoszenie kompetencji przedstawicieli organizacji pozarządowych z województwa zachodniopomorskiego II*”*** 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, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działań realizowanych w związku z projektem.

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

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ INSTYTUCJĘ*

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

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*