**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*