



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

dla osoby ubiegającej się o udział w projekcie „Wsparcie osób młodych”

Formularz należy wypełnić DRUKOWANYMI literami

Wypełnia kandydat:

Imię, imiona

Nazwisko

PESEL

Dane kontaktowe - adres zamieszkania:

Ulica nr. domu/lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Powiat

Województwo

Tel. kontaktowy

Adres e-mail

Płeć kobieta mężczyzna

Jestem osobą z niepełnosprawnością¹ oraz posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:

Tak Nie

Stopień niepełnosprawności: znaczny stopień umiarkowany stopień

lekki stopień nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:

KODY

¹ Osoby chcące uzyskać dodatkowe punkty zobowiązane są do przedstawienia orzeczenia o niepełnosprawności.



Jeśli Pani/Pan posiada specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, prosimy o ich wskazanie. Pozwoli to na dostosowanie wsparcia do Pani/Pana potrzeb:

Informacje dodatkowe:

Wykształcenie:

- brak podstawowe gimnazjalne zasadnicze zawodowe
 średnie wyższe

Doświadczenie zawodowe:

- brak do 12 miesięcy od 12 do 24 miesięcy powyżej 24 miesięcy

Okres pozostawania bez pracy:

- 0 do 5 miesięcy 12 do 24 miesięcy
 6 do 12 miesięcy powyżej 24 miesięcy

Status na rynku pracy:

- bezrobotny zarejestrowany w Urzędzie Pracy;
 bezrobotny niezarejestrowany w Urzędzie Pracy ale aktywnie poszukujący zatrudnienia;
 bierny zawodowo, nie poszukujący zatrudnienia, niezarejestrowany w Urzędzie Pracy.

Jestem zainteresowana(y) kursem:

- opiekun osoby starszej,
 kierowca samochodu ciężarowego,
 spawacz TIG/MIG,
 kucharz / pomocnik kucharza,
 operator sprzętu budowlanego,
 trudno określić – potrzebuję pomocy w tym zakresie.



Oświadczam, że:

- obecnie nie uczę się, nie pracuję i w ciągu ostatnich 4 tygodni nie uczestniczyłem w żadnej formie kształcenia/wsparcia w ramach środków publicznych,
- nie dotyczy.

Oświadczam, iż należę / nie należę² do grupy młodzieży z pieczy zastępczej opuszczającej pieczę (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy) ze szczególnym uwzględnieniem:

- wychowanków pieczy zastępczej powyżej 15 roku życia, którzy po zakończeniu pobytu w instytucjach pieczy zastępczej powrócili do rodzin naturalnych;
- wychowanków pieczy zastępczej powyżej 18 roku życia, którzy założyli własne gospodarstwo domowe;
- wychowanków pieczy zastępczej powyżej 18 roku życia, którzy usamodzielniają się i mają trudności ze znalezieniem zatrudnienia po zakończeniu pobytu w instytucjach pieczy zastępczej;
- matki opuszczające pieczę zastępczą (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy);
- absolwenci młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii (do roku po opuszczeniu ośrodków);
- absolwenci specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych i specjalnych ośrodków wychowawczych (do roku po opuszczeniu ośrodków);
- matki przebywające w domach samotnej matki;
- osoby młode opuszczające zakłady karne lub areszty śledcze (do roku po opuszczeniu).

Jednocześnie oświadczam, że jest mi znany przepis art. 233 § 1 kk. określający odpowiedzialność za składanie fałszywych zeznań (kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3).

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (jednolity tekst: Dz.U.2002.101.926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, przez MDDP Sp. z o.o. Akademię Biznesu Sp. k. z siedzibą w Warszawie przy Alei Jana Pawła II 25 dla potrzeb rekrutacji do projektu „Wsparcie osób młodych”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika

ZAŁĄCZNIKI:

1. Załącznik nr 1 – Kopia orzeczenia o niepełnosprawności³

² Niepotrzebne skreślić

³ Jeśli dotyczy