

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji Projektu Pracuje(my)!

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Część I Dane Projektu		
1	Beneficjent	Stowarzyszenie „Niepełnosprawni dla Środowiska EKON”, Plac Jana Henryka Dąbrowskiego 5, 00-057 Warszawa
2	Tytuł Projektu	Pracuje(my)!
3	Okres realizacji	2023-07-01 – 2024-03-31

Część II Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie		
Dane osobowe	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Data urodzenia	
	Płeć	
Adres zamieszkania	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miasto	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Numer domu	
	Numer lokalu	
Zamieszkanie	miasto do 20 tys. mieszkańców	
	miasto 20 tys.-50 tys. mieszkańców	
	miasto 50 tys.-100 tys. mieszkańców	
	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	
	wieś	
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
	Adres (e-mail)	
	Adres do korespondencji (opcjonalnie)	

Wykształcenie (należy zaznaczyć "X" przy odpowiedniej pozycji)	Zajęcia rewalidacyjne	
	Niepełne podstawowe	
	Podstawowe	
	Gimnazjalne	
	Zawodowe	
	Średnie	
	Policealne	
Wyższe		

Część III Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do Projektu			
Oświadczenia III A	Oświadczenie dotyczące statusu na rynku pracy	TAK	NIE
(należy oznaczyć TAK lub NIE)	Nieaktywny zawodowo		
	Poszukujący pracy niezatrudniony		
	Bezrobotny		
(należy oznaczyć TAK lub NIE)	Rejestracja w urzędzie pracy		

Oświadczenia III B	Oświadczenie dotyczące stopnia niepełnosprawności:	TAK	NIE
(należy oznaczyć TAK lub NIE)	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	x	
	<ul style="list-style-type: none"> Stopień lekki /częściowa niezdolność do pracy/III grupa. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Stopień umiarkowany / całkowita niezdolność do pracy/II grupa. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Stopień znaczny/ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji/I grupa. 		
	Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną uwzględniającą co najmniej dwie jednostki chorobowe.		
	Jestem osobą, co do której orzeczono niepełnosprawność intelektualną, chorobę psychiczną, epilepsję lub całościowe zaburzenia w przypadku zaliczenia do lekkiego stopnia niepełnosprawności.		
Data ważności orzeczenia		
(należy oznaczyć TAK lub NIE)	Opis rodzaju niepełnosprawności:	TAK	NIE
	autyzm		
	choroby psychiczne		
	narząd ruchu		

	narząd słuchu		
	narząd wzorku		
	niepełnosprawność sprzężona		
	ogólny stan zdrowia		
	upośledzenie umysłowe		
	inne przyczyny		

Część III C Oświadczenie dotyczące uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zajęciowej WTZ	TAK	NIE
absolwenci WTZ		
nie byli w WTZ		
uczestnicy WTZ		

*Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczeniem nieprawdy, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/ kandydatki)

.....
(czytelny podpis osoby rekrutującej)