

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Wypełnia przyjmujący:	
Data wpływu do Biura Projektu	
Numer Kandydata/teki	

DANE KANDYDATA/TKI	
Proszę zaznaczyć znakiem x i/lub uzupełnić	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Numer PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek	

DANE KONTAKTOWE	
Proszę uzupełnić	
Adres zamieszkania (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego)	Województwo:
	Powiat:
	Gmina:
	Miejscowość:
	Kod pocztowy:
	Ulica:
	Numer budynku:
	Numer lokalu:
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

STATUS KANDYDATA/TKI	
Oświadczam, że jestem osobą (zaznaczyć znakiem x wszystkie opcje, które dotyczą):	
<input type="checkbox"/> uczącą się	na terenie KOF tj. Miasto Kielce, Gmina Zagnańsk, Gmina Masłów, Gmina Górnio, Miasto i Gmina Daleszyce, Gmina Morawica, Gmina Sitkówka-Nowiny, Miasto i Gmina Chęciny, Gmina Piekoszów, Gmina Miedziana Góra, Miasto i Gmina Chmielnik, Gmina Strawczyn
<input type="checkbox"/> pracującą	
<input type="checkbox"/> mieszkającą	
<input type="checkbox"/> bezrobotną, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna Na potwierdzenie statusu osoby bezrobotnej należy przedstawić zaświadczenie z właściwego urzędu pracy.
<input type="checkbox"/> bierną zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> uczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu, w tym: <input type="checkbox"/> w systemie stacjonarnym <input type="checkbox"/> w systemie niestacjonarnym Na potwierdzenie statusu osoby uczącej się należy przedstawić zaświadczenie z placówki edukacyjnej.



Projekt „Jestem poliglotą – znam języki obce!” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<input type="checkbox"/> zatrudnioną, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca , w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w administracji rządowej/samorządowej <input type="checkbox"/> w podmiocie ekonomii społecznej/przedsiębiorstwie społecznym <input type="checkbox"/> w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne..... Wykonywany zawód:..... Nazwa firmy:..... Na potwierdzenie statusu osoby pracującej należy przedstawić zaświadczenie od pracodawcy.
----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DANE DOTYCZĄCE REKRUTACJI

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć znakiem x):

Posiadam wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (szkoła zawodowa, liceum, technikum) <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
Jestem osobą niepełnosprawną	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Stopień niepełnosprawności Symbol..... Szczególne potrzeby dotyczące uczestnictwa w kursie (np. materiały szkoleniowe w druku powiększonym, brajlowskim, specjalistyczny sprzęt i oprogramowanie komputerowe, inne) Na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej należy przedstawić orzeczenie o niepełnosprawności lub opinię lekarską.
Sprawuję opiekę nad dzieckiem/osobą zależną	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

POZOSTAŁE DANE

Proszę zaznaczyć znakiem x

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji



Projekt „Jestem poliglotą – znam języki obce!” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKOLENIA

Proszę zaznaczyć znakiem x

Wybór tematyki szkolenia (proszę wybrać jeden rodzaj szkolenia)

Poziom zaawansowania będzie podlegał weryfikacji na podstawie testów poziomujących.

- język angielski
 język niemiecki
 język francuski

Wybór trybu kursu

Proszę o zaznaczenie wszystkich możliwych opcji godzinowych

- godziny poranne
 godziny popołudniowe
 weekendy

OŚWIADCZENIA

Proszę zaznaczyć znakiem x

- Oświadczam, że podane przeze mnie w FORMULARZU REKRUTACYJNYM dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie, nie zgłaszam do niego zastrzeżeń i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.
- Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikujące do udziału w Projekcie zgodnie z Regulaminem Projektu
- Oświadczam, że nie korzystam z wsparcia w ramach Poddziałania 8.04.03 Podnoszenie umiejętności lub kwalifikacji osób dorosłych w obszarze ICT i języków obcych poprzez realizację oddolnych inicjatyw edukacyjnych – ZIT (projekty konkursowe) w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
- Oświadczam, że:
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i danych o stanie zdrowia zawartych w FORMULARZU REKRUTACYJNYM zgodnie z ustawą dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 2135, z późn. zm.);
 - przyjmuję do wiadomości, że:
 - 1) administratorem tak zebranych danych jest Fundacja Challenge Europe
 - 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji procesu rekrutacji do Projektu i jego rozliczenia;
 - 3) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wzięcia udziału w procesie rekrutacji do Projektu;
 - 4) moje dane osobowe nie są i nie będą udostępniane odbiorcom danych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych;
 - 5) mam prawo dostępu do treści danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Kandydata/Kandydatki