*Załącznik nr 1do Regulaminu rekrutacji*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Wsparcie trenera pracy w procesie zatrudnienia wspomaganego osób niepełnosprawnych”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię:** | **Nazwisko:** | **PESEL:** |
|  |  |  |
| **Województwo:** | **Kod pocztowy:** | **Miejscowość:** |
|  |  |  |
| **Ulica:** | **Nr domu i lokalu:** | **Rodzaj miejsca zamieszkania\*** |
|  |  |  |
| **Nr telefonu:** | **Adres e-mail:** | **Stopień niepełnosprawności:** |
|  |  |  |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | **Status na rynku pracy\*\*:** | **Rejestracja w Powiatowym Urzędzie Pracy (tak/nie):** |
|  |  |  |
| **Wykształcenie:** | **Pobieranie renty (tak/nie)** | **w tym:** |
|  |  |  |
| **Ubezwłasnowolnienie (tak/nie)** | **w tym:** | **Uczestnictwo w Warsztacie Terapii Zajęciowej\*\*\*** |
|  |  |  |

*\*Do wyboru: wieś, miasto do 20 tys. mieszkańców, miasto 20-50 tys. mieszkańców, miasto 50-100 tys. mieszkańców, miasto powyżej 100 tys. mieszkańców*

*\*\* Do wyboru: bezrobotny, nieaktywny zawodowo, poszukujący pracy niezatrudniony*

*\*\*\* Do wyboru: nie byli uczestnikami WTZ, absolwenci WTZ, uczestnicy WTZ*

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DODATKOWE:[[1]](#footnote-1)** |
|  |

**OŚWIADCZENIA**

1. Jestem zainteresowany / zainteresowana udziałem w projekcie. Chcę skorzystać z form wsparcia oferowanych dla:
2. osób nieaktywnych zawodowo
3. osób zatrudnionych

Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanych dla mnie formach wsparcia   
w ramach Projektu i potwierdzania uczestnictwa na miesięcznych raportach wsparcia. Ponadto,   
w przypadku choroby zobowiązuję się usprawiedliwić swoja nieobecność.

Zobowiązuje się również udzielić niezbędnych informacji o osiąganych rezultatach na każdym etapie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.

Oświadczam, że:

1. podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,
2. zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
3. zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i w pełni akceptuję jego postanowienia.
4. zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Projektuze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
5. nie korzystam z form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów dofinansowanych ze środków PFRON.

*............................................. …………..………………………………......................*

*Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata/ki*

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

(data i podpis osoby przyjmującej) *Czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego   
 / przedstawiciela ustawowego\**

\* dotyczy osób ubezwłasnowolnionych

1. Należy uwzględnić inne informacje, mające znaczenie w procesie rekrutacji danej osoby, w tym: doświadczenie zawodowe, stan zdrowia itd. [↑](#footnote-ref-1)