



Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie „Absolwent bez barier...”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY¹

Tytuł projektu: „Absolwent bez barier- program wsparcia i wejścia na rynek pracy dla studentów i absolwentów UKSW z niepełnosprawnościami”
Nr projektu: ABS/000005/07/D
Dofinansowanie projektu przez PFRON w ramach pilotażowego programu „ABSOLWENT“

DANE UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW, KTÓRZY OTRZYMUJĄ WSPARCIE W RAMACH PFRON

DANE UCZESTNIKA	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystępowania do projektu	
PESEL	
Wykształcenie	
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną ²	
Student/ka studiów stacjonarnych UKSW/ Absolwent/ka	<input type="checkbox"/> I stopień (V sem. lub VI sem) <input type="checkbox"/> II stopień (IX sem. lub X sem.) <input type="checkbox"/> Absolwent
DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski
Kod pocztowy	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon stacjonarny	
Telefon komórkowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
STATUS SPOŁECZNY I EKONOMICZNY UCZESTNIKA (zaznacz X)	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Aktywny zawodowo <input type="checkbox"/> Bierny zawodowo

¹ Prosimy wypełniać czytelnie i drukowanymi literami.

² Pod tym określeniem rozumie się fakt posiadania przez uczestnika projektu pod opieką dziecka do lat 7 lub osoby zależnej zgodnie z definicją zawartą w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z dnia 1 maja 2004)



<i>Jeżeli tak, zaznacz poniżej:</i>	
Zatrudniony:	<input type="checkbox"/> Rolnik
	<input type="checkbox"/> Samozatrudniony
	<input type="checkbox"/> Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie
	<input type="checkbox"/> Zatrudniony w przedsiębiorstwie MSP
	<input type="checkbox"/> Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie
	<input type="checkbox"/> Zatrudniony w administracji publicznej
	<input type="checkbox"/> Zatrudniony w organizacji pozarządowej
Wykonywany zawód	
Nazwa firmy/instytucji zatrudniającej	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	
DANE DOTYCZĄCE WSPARCIA³	
Rodzaj przyznanego wsparcia	szkolenie zawodowe/ staż aktywizujący/ coaching rozwoju zawodowego
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	

Ja, niżej podpisany/-a, świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane podane w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Oświadczam, że w sytuacji nie zakwalifikowania mnie do projektu nie będę zgłaszał/a żadnych roszczeń do Realizatora Projektu. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania lub zameldowania, o zmianie poinformuję niezwłocznie Biuro Projektu, ul. Wóycickiego 1/3, Warszawa, bud.... pok.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis

³ Nie wypełniać. Wskazane informacje w tej sekcji zostaną uzupełnione przez pracownika Biura Projektu.