

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Prawo jazdy szansą na pracę”, realizowanego przez AMIGO Sp. z o.o. w Szczecinie.  
Prosimy o wypełnienie formularza **DRUKOWANYMI LITERAMI**. Wszystkie pola są wymagane. W przypadku pytań dotyczących projektu prosimy kontaktować się z naszym biurem pod numerem telefonu **91 852 14 00**.

### 1. Dane Uczestnika

Nazwisko					Imię	
Miejsce urodzenia			PESEL		Wiek	
Wykształcenie (zaznacz X)	wyższe	policealne	ponadgimnazjalne	gimnazjalne	podstawowe	niższe niż podst.

### 2. Dane kontaktowe:

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica, nr domu, nr lokalu	Kod pocztowy	Miejscowość
Adres e-mail	Numer telefonu	

### 3. Szczegóły wsparcia: status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy			
<input type="checkbox"/>	osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>	inne <input type="checkbox"/>
osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy			
<input type="checkbox"/>	osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>	inne <input type="checkbox"/>
osoba bierna zawodowa			
<input type="checkbox"/>	osoba ucząca się	<input type="checkbox"/>	osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/>
osoba pracująca			
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w administracji rządowej
	osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w MMSP
	osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w organizacji pozarządowej
	inne	<input type="checkbox"/>	

wykonywany zawód (proszę wybrać z listy poniżej lub wpisać jaki inny): .....  
*instruktor praktycznej nauki zawodu, nauczyciel kształcenia ogólnego, nauczyciel wychowania przedszkolnego, nauczyciel kształcenia zawodowego, pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia, kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej, pracownik instytucji rynku pracy, pracownik instytucji szkolnictwa wyższego, pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej, pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej, pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej, rolnik, inny (jaki)*

zatrudniony w (nazwa i adres zakładu pracy): .....

### 4. Status Uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

proszę zaznaczyć (X) we właściwym polu	TAK	NIE	odmowa udzielenia informacji
osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia			
osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań			
osoba z niepełnosprawnościami			
osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących			
osoba przebywająca w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu			
osoba w gosp. składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu			
osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)			

## 5. Oświadczenia

proszę zaznaczyć (X) we właściwym polu	TAK	NIE
Jestem osobą zamieszkującą, pracującą lub uczącą się na obszarze województwa zachodniopomorskiego		
Jestem osobą o braku przeciwwskazań zdrowotnych (i psychologicznych przy kategorii C lub D) do kierowania pojazdem w zakresie prawa jazdy kategorii, o którą ubiegam się w ramach projektu		
Zapoznałem się i akceptuję postanowienia Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Prawo jazdy szansą na pracę”		
Jestem osobą kontynuującą kurs na prawo jazdy (rozpoczęte szkolenie podstawowe)		
Jestem osobą posiadającą profil kandydata na kierowcę (PKK)		

	B	C	D
Zgłaszam chęć odbycia kursu kategorii			

	kwartał	rok
Edycja projektu		

Czy jest Pan/Pani osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?

tak

nie

Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, związane z uczestnictwem w rozmowie kwalifikacyjnej?

tak (proszę wpisać w odpowiednim miejscu jakie):

nie

- przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:

.....

- alternatywne formy materiałów:

.....

- zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:

.....

- zapewnienie tłumacza języka migowego:

.....

- inne:

.....

- ✓ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.).
- ✓ Wypełnienie niniejszego formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na robienie zdjęć oraz nakręcania filmów podczas rekrutacji oraz trwania projektu, a także zgody na ich publikację i rozpowszechnianie w celach informacyjno – promocyjnych.
- ✓ „Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji szkolenia oraz rozliczenia, kontroli środków i ewaluacji, z których sfinansowano szkolenie.
- ✓ Administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie, mający siedzibę przy ul. A. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin.
- ✓ Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis Uczestnika projektu