Nr…………………………

(Wypełnia Biuro Projektu)

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

„Program wzmocnienia potencjału dydaktycznego Uczelni na rzecz rozwoju regionalnego ”

POWR.03.05.00-00-ZR10/18

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej

w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

|  |  |
| --- | --- |
| **REALIZATOR** | Akademia Ignatianum w Krakowie |
| **TYTUŁ PROJEKTU** | Program wzmocnienia potencjału dydaktycznego Uczelni na rzecz rozwoju regionalnego |
| **NUMER PROJEKTU** | POWR.03.05.00-00-ZR10/18 |
| **PRIORYTET** | Oś Priorytetowa III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i  rozwoju |
| **DZIAŁANIE** | Działanie 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych |

UWAGA:

1. Formularz rekrutacyjny do projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Każde pole Formularza rekrutacyjnego powinno zostać wypełnione, w przypadku gdy dane pole nie dotyczy Kandydata należy umieścić adnotację „Nie dotyczy”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | |
| Imię (Imiona): |  | | | |
| Nazwisko: |  | | | |
| Płeć: | □ kobieta | | | □ mężczyzna |
| Data urodzenia: |  | | | |
| PESEL: | □ nr ……………………………….. | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | |
| Adres e-mail: |  | | | |
| Wykształcenie: | □ policealne[[1]](#footnote-1) | □ wyższe | | |
| **Dane kontaktowe (adres zamieszkania w rozumieniu Kodeksu Cywilnego):** | | | | |
| Ulica: |  | | | |
| Numer domu: |  | | | |
| Numer lokalu: |  | | | |
| Kod pocztowy: |  | | | |
| Miejscowość: |  | | | |
| Gmina: |  | | | |
| Powiat: |  | | | |
| Województwo: |  | | | |
| Kraj: |  | | | |
| Obszar zamieszkania: | □ miejski | | □ wiejski | |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż zamieszkania): |  | | | |
| **Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu** | | | | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | □ osoba bierna zawodowo (osoba ucząca się) | | | |
| □ osoba pracująca:  w tym:  □ osoba pracująca w administracji rządowej  □ osoba pracująca w administracji samorządowej  □ inne  □ osoba pracująca w MŚP  □ osoba pracująca w organizacji pozarządowej  □ osoba prowadząca działalność na własny rachunek  □ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | |
| Wykonywany zawód | □ 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 wsparcia ekonomii społecznej  □ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  □ rolnik  □ inny …………………………………………………….. | | | |
| Zatrudniony w: | ……………….………………………………………..  (nazwa przedsiębiorstwa) | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: | □ tak  □ nie  □ odmowa podania informacji | | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: | □ tak  □ nie  □ brak danych | | | |
| Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności: | □ tak  □ nie  □ odmowa podania informacji | | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej): | □ tak  □ nie  □ odmowa podania informacji | | | |

*Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.*

*Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym do projektu są zgodne z prawdą.*

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

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS*

***Wypełniają tylko osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności*:**

Oczekiwane formy wsparcia w ramach Projektu (np. doradztwo zawodowe, dostosowanie infrastruktury, udostępnienie specjalistycznego wyposażenia):

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dokumenty:

1. Oświadczenie uczestnika o przetwarzaniu danych osobowych – Załącznik nr 3 do Regulaminu,

2. Opcjonalnie – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

1. Szkoły policealne [↑](#footnote-ref-1)