

**Załącznik do 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie:
„Przeciwdziałania przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej
pracujące w Starostwie Powiatowym w Kielcach”**

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Formularz Rekrutacyjny należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI,
puste kwadratowe pola wypełnić krzyżykiem
**NIEKOMPLETNE WYPEŁNIONE FORMULARZE NIE BĘDĄ
PODLEGAŁY DALSZEJ WERYFIKACJI**

Data i godzina złożenia

I. Informacje o projekcie:

Projekt „Przeciwdziałania przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej pracujące w Starostwie Powiatowym w Kielcach”, jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 8 Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo, Działanie 8.2 Aktywne i zdrowe starzenie się, Poddziałanie 8.2.1 Przeciwdziałanie przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej.

Projekt realizowany jest przez **Powiat Kielecki - Starostwo Powiatowe w Kielcach.**

II. Dane osobowe kandydata/kandydatki:

Imię: Nazwisko:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: KOBIEȚA MĘŻCZYŻNA

Adres zamieszkania:

Ulica:..... Nr domu:..... Nr lokalu:.....

Miejscowość: Kod pocztowy:

Województwo: Powiat:

Gmina:

Telefon kontaktowy:

e-mail:

Wykształcenie: podstawowe; gimnazjalne; ponadgimnazjalne; policealne
 wyższe

Oświadczam, że jestem zatrudniony w Starostwie Powiatowym w Kielcach od dnia:

.....

Wykonywany zawód:

Stanowisko pracy:

Informacje dodatkowe:

- jestem osobą, która ukończyła 50 r.ż.;
- posiadam orzeczenie o niepełnosprawności - ważne na dzień przystąpienia do projektu;
- jestem osobą z deficytem narządu wzroku (weryfikacja na podstawie zaświadczenia lekarskiego);
- jestem osobą ze stwierdzonymi deficytami kostno-stawowymi i/lub problemami z sercem, naczyniami krwionośnymi, układem krążenia (weryfikacja na podst. orzeczenia o niepełnosprawności /zaświadczenia lekarskiego od lekarza POZ/specjalisty/lekarza medycyny pracy);

Status Uczestniczki/ka Projektu w chwili przystąpienia do projektu. Oświadczam, że jestem <i>(zaznaczyć wszystkie, które dotyczą)</i> :	
Zatrudniony/a w tym: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej<input type="checkbox"/> osoba pracująca w Mikro, Małym, Średnim Przedsiębiorstwie<input type="checkbox"/> osoba pracującą w organizacji pozarządowej<input type="checkbox"/> osoba prowadzącą działalność na własny rachunek<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie<input type="checkbox"/> inna (w tym rolnik, domownik rolnika)	1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji 2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie 3. Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie 4. Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej- innej niż wymienione powyżej <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....

miejsowość i data

.....

czytelny podpis uczestnika