



POWIATOWY URZĄD PRACY W GDYNI

81-332 Gdynia ul. Kołłątaja 8 tel. (58) 620-49-54, 621-11-61 fax (58) 621-06-95

www.gdynia.praca.gov.pl

e-mail: pup@pupgdynia.pl

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do Programu Specjalnego „Sopocianki”

Realizator: Powiatowy Urząd Pracy w Gdyni, ul Kołłątaja 8, 81-332 Gdynia

Data wpływu Formularza (wypełnia PUP)

Informacje dotyczące kandydata do projektu

Dane uczestnika

Imię/Imiona

Nazwisko

PESEL

Posiadam dziecko/dzieci w wieku do lat 6 tak nie

Jestem osobą długotrwale bezrobotną* tak nie

*(osoba pozostająca w rejestrze Powiatowego Urzędu Pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych)

Zamieszkuję miasto Sopot tak nie

Telefon kontaktowy

adres e-mail

Wykształcenie/umiejętności

1. Poziom wykształcenia:

wyższe

policealne (pomaturalne)

ponadgimnazjalne (zasadnicze zawodowe/średnie)

gimnazjalne

podstawowe

2. Ukończone kursy:

.....

.....

.....

.....

Informacje dodatkowe

Aktywność w poszukiwaniu pracy

1. Na jakich stanowiskach chciałaby/chciałaby Pan/Pani podjąć pracę?

.....

.....

.....

2. Jak wyglądały poszukiwania pracy w okresie ostatnich 3 miesięcy (ilość złożonych aplikacji, rozmów z pracodawcami)

.....

.....

.....

3. Czy uczestniczyła Pani w szkoleniu, stażu, lub podjęła pracę w ramach prac interwencyjnych finansowanych przez Urząd Pracy lub inną jednostkę? tak nie

jeżeli tak, to:

ukończyłem/-am udział i podjąłem/-am pracę

ukończyłem/-am udział i nie podjąłem/-am pracy

nie ukończyłem/-am lub przerwałem/-am*

*(jaki był powód?)

4. Proszę o wskazanie przyczyn utrudniających Panu/Pani podjęcie pracy? (wybór wielokrotny)

nieodpowiednie kwalifikacje

brak doświadczenia zawodowego

zbyt długa przerwa w pracy

brak odpowiednich ofert pracy

zbyt wysokie wymagania pracodawców

godziny pracy

niskie wynagrodzenie proponowane przez pracodawcę

5. Czy w czasie uczestnictwa w Programie będzie Pan/Pani miał/-a możliwość zapewnienia opieki nad dzieckiem/dziećmi w pełnym wymiarze godzin? tak nie

jeżeli tak, to w jaki sposób?

żłobek/przedszkole

rodzina/opiekunka

inne, jakie

6. Czy w przypadku zakwalifikowania do Programu będzie Pan/Pani dyspozycyjny/-a w pełnoetatowym wymiarze czasu pracy? tak nie

Motywacja do udziału w programie

1. Co skłania Pana/Panią do podjęcia pracy? (wybór wielokrotny)

- chęć bycia aktywnym
- perspektywa rozwoju zawodowego i osobistego
- konieczność utrzymania siebie/rodziny
- inni tego ode mnie oczekują
- uzyskanie uprawnień do emerytury
- dochód
- nic mnie nie skłania do podjęcia pracy

2. Co jest Pan/Pani w stanie zrobić w celu zwiększenia swoich szans na podjęcie pracy?
(wybór wielokrotny)

- podwyższyć/uzupełnić posiadane kwalifikacje
- przekwalifikować się do pracy w innym zawodzie
- podjąć pracę poniżej kwalifikacji
- zwiększyć swoją własną aktywność w poszukiwaniu pracy
- pracować na umowę zlecenie lub umowę o dzieło
- nie jestem gotów/gotowa nic zrobić

3. W jakim szkoleniu chciałby/aby Pan/Pani uczestniczyć? (szkolenie musi trwać min. 25 h)

.....
.....

4. Jakie stanowisko stażu lub pracy Pan/Pani preferuje? Czy może Pan/Pani wskazać pracodawcę (nazwę i adres), który byłby zainteresowany przyjęciem Pana/Panią na staż lub zatrudnić w ramach pracy interwencyjnej?

.....
.....

Oświadczenie

W przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w Programie specjalnym **Sopocianki**, deklaruję udział we wszystkich proponowanych formach wsparcia, tj:

- a. indywidualnym doradztwie zawodowym;
- b. szkoleniu indywidualnym;
- c. stażu/pracach interwencyjnych;
- d. refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi w żłobku/przedszkolu lub refundacji zakupów w ramach bonu wizerunkowego.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata