**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

**„Postaw na siebie – Zaprojektuj swoją karierę”**

**realizowanego w ramach programu regionalnego   
Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021 - 2027**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBOWE** | |
| **Imię/Imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Pesel** |  |
| **Płeć** | kobieta  mężczyzna |
| **Wykształcenie** | brak\*  podstawowe\*  gimnazjalne\*  ponadgimnazjalne (zasadnicze zawodowe/  średnie)\*  policealne (pomaturalne)  wyższe  \*niskie kwalifikacje |
| **ADRES ZAMELDOWANIA** | |
| **Ulica (nr budynku/nr lokalu)** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |

1

**zostałem/-am** pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1138) informuję, że podane wyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz prawnym.

…………………………………… …….……………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis Czytelny podpis                                                  Uczestnika/Uczestniczki projektu

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | TAK NIE |
| **Osoba długotrwale bezrobotna** (tzn. bezrobotny pozostający 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); | TAK NIE |
| **Osoba o niskich kwalifikacjach** (wykształcenie: brak, niepełne podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze branżowe, zasadnicze zawodowe, średnie, średnie branżowe) | TAK NIE |
| **Osoba sprawująca opiekę nad dzieckiem do lat 6 lub dzieckiem z niepełnosprawnościami do lat 18** | TAK NIE |

2

**Wypełnia pracownik PUP:**

|  |  |
| --- | --- |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | |
| **Rodzaj przyznanego wsparcia**  (Szkolenie, prace interwencyjne, jednorazowe środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej, refundacja wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, staż) |  |
| **Data rozpoczęcia udziału w projekcie**  (wydanie skierowania, podpisanie umowy o dofinansowanie na podjęcie dział. gosp.) |  |
| **Data rozpoczęcia udziału w formie wsparcia** |  |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** | TAK NIE |

Potwierdzam zgodność danych z systemem SI Syriusz

…………………………………… …….…………………………………………   
 Data i czytelny podpis Czytelny Data i czytelny podpis   
pracownika PUP wypełniającego pracownika PUP sprawdzającego   
 dokumenty dokumenty

……………………………………   
 Data i czytelny podpis Czytelny   
pracownika PUP przyjmującego   
 dokumenty

3