**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