

Załącznik 2 do Regulaminu rekrutacyjnego

FORMULARZ REKRUTACYJNY NAUCZYCIELA ZAWODU DO PROJEKTU

| | |
|---|---|
| Tytuł projektu | <i>Absolwent z atrakcyjnym zawodem – program aktywizacji i rozwoju kompetencji wśród uczniów Centrum Kształcenia Praktycznego i Doskonalenia Zawodowego w Rudzie Śląskiej</i> |
| Beneficjent | Miasto Ruda Śląska |
| Nr umowy | UDA-RPSL.11.02.01-24-006E/17-00 |
| Program operacyjny | <i>Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny) dla osi priorytetowej: XI. Wzmocnienie potencjału edukacyjnego dla działania: 11.2. Dostosowanie oferty kształcenia zawodowego do potrzeb lokalnego rynku pracy – kształcenie zawodowe uczniów dla poddziałania: 11.2.1. Wsparcie szkolnictwa zawodowego – ZIT.</i> |
| Czas trwania projektu | 1.09.2017 – 31.08.2020 |
| Dane uzupełnia osoba przyjmująca wniosek | |
| Numer Kandydata w projekcie | |
| Data wpływu | |

Dane uczestnika projektu (proszę wypełniać DRUKOWANYMI literami)

| DANE OSOBOWE | |
|--------------------|--|
| 1 | Imię (imiona) |
| 2 | Nazwisko |
| 3 | Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| 4 | PESEL <input type="checkbox"/> brak numeru PESEL |
| ADRES ZAMIESZKANIA | |
| 1 | Ulica |
| 2 | Nr domu/ lokalu |
| 3 | Miejscowość |
| 4 | Kod pocztowy |
| 5 | Województwo |
| DANE KONTAKTOWE | |
| 1 | Telefon |
| 2 | Adres e-mail |
| 3 | Adres korespondencyjny (w przypadku innego, niż adres zamieszkania) |

| KRYTERIA REKRUTACYJNE | | | |
|-----------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 | Korzystanie z dofinansowania do kształcenia w okresie ostatnich 5 lat | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2 | Ilość godzin przedmiotów zawodowych | | |
| 3 | Staż pracy w chwili przystępowania do projektu | | |
| 4 | Sprawowanie opieki nad osobą zależną | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5 | Niepełnosprawność | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

| DANE DODATKOWE | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| 1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 2. Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 4. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | <input type="checkbox"/> NIE | | <input type="checkbox"/> TAK |
| W tym: w gospodarstwie domowym z innymi dziećmi pozostającymi na utrzymaniu niepracujących rodziców/opiekunów prawnych | <input type="checkbox"/> NIE | | <input type="checkbox"/> TAK |
| 5. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | <input type="checkbox"/> NIE | | <input type="checkbox"/> TAK |
| 6. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | <input type="checkbox"/> NIE | | <input type="checkbox"/> TAK |
| - jeżeli tak, to w jakiej? | | | |

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU:

Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach ww. danych.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS NAUCZYCIELA ZAWODU