**Projekt „Nasza szansa!" jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA

## Wypełnia Realizator Projektu

| | |
|---|---|
| Beneficjent | CONSULTOR Sp. z o.o. |
| Tytuł projektu | „Nasza szansa!" |
| Nr projektu | POKL.07.04.00-12-065/12-00 |
| Czas trwania projektu | 01.07.2014r. – 30.06.2015r. |
| Nazwa szkolenia/nr grupy | |
| Miejsce organizacji szkolenia | |
| Data wpływu formularza | |
| Podpis osoby przyjmującej formularz | |

## Wypełnia Kandydat

| | | |
|---|---|---|
| Imię(imiona):..... | Nazwisko/a: ..... | |
| Data urodzenia: ..... | Wiek w chwili przystępowania do projektu: .....lat | |
| Miejsce urodzenia: ..... | Województwo urodzenia: ..... | |
| PESEL: ..... | NIP: ..... | |
| E-mail: ..... | Telefon kontaktowy: ..... | |
| **Adres zamieszkania:** | | |
| Ul.....nr..... | Miejscowość: ..... | Poczta: ..... |
| Kod pocztowy: _ _ - _ _ _ | Gmina: ..... | Powiat: ..... |
| Obszar: miejski ☐ wiejski ☐[1] | Województwo..... | |
| **Adres do korespondencji:** | | |
| Ul.....nr..... | Miejscowość: ..... | Poczta: ..... |
| Kod pocztowy: _ _ - _ _ _ | Gmina: ..... | Powiat: ..... |

1. Zgodnie z definicją GUS

**Projekt „Nasza szansa!" jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Wykształcenie (zaznaczyć: **x**) | podstawowe ☐ | gimnazjalne ☐ | ponadgimnazjalne ☐ | pomaturalne ☐ | wyższe ☐ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Status osoby w chwili przystąpienia do projektu | Osoba niepełnosprawna z orzeczeniem o niepełnosprawności psychicznej (choroba psychiczna) | TAK ☐ | NIE ☐ |
| | Osoba niepełnosprawna pozostająca bez zatrudnienia, zarejestrowana w PUP jako osoba bezrobotna | TAK ☐<br>Długotrwale bezrobotna*<br>TAK ☐ NIE ☐ | NIE ☐ |
| | Osoba niepełnosprawna, nieaktywna zawodowo (pozostająca bez zatrudnienia, nie zarejestrowana w PUP jako osoba bezrobotna) | TAK ☐ | NIE ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| **Jestem zainteresowany/a udziałem w szkoleniu:** | **1** | ☐ **Pracownik ochrony (bez licencji) (120h)** |
| | **2** | ☐ **Programista stron z obsługą baz danych (120h)** |
| | **3** | ☐ **Przedstawiciel handlowy /Obsługa klienta z elementami fakturowania i obsługą kasy fiskalnej (120h)** |
| | **4** | ☐ **Księgowość komputerowa (120h)** |

## OŚWIADCZENIE:

**1.** Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu.

**2.** Zostałem/am poinformowany/a że projekt współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego.

..... **Miejscowość, data**

..... **Czytelny podpis**

*__Osoby długotrwale bezrobotne__ to osoby, które pozostają w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich dwóch lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych