



FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu nr RPZP.08.09.00-32-K003/16-00

pn. **Wiedza oparta na praktyce – modernizacja kształcenia zawodowego w powiecie wałeckim**

Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020

Oś Priorytetowa 8 Edukacja

Działanie 8.9 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia zawodowego w ramach Kontraktów Samorządowych

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE – KOMPUTEROWO lub DRUKOWANYMI LITERAMI!

DANE UCZESTNIKA

Kraj: POLSKA	Rodzaj uczestnika: PRACOWNIK INSTYTUCJI	
Imię:	Nazwisko:	
PESEL:	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Wyższe	
Nazwa Instytucji: <input type="checkbox"/> Powiatowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego NIP 765-16-91-894 78-600 Wałcz, ul. Bankowa 13 <input type="checkbox"/> Zespół Szkół nr 4 Rolnicze Centrum Kształcenia Ustawicznego NIP 765-12-52-841 78-600 Wałcz, ul. Południowa 10A <input type="checkbox"/> Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna NIP 765-15-29-248 78-600 Wałcz, ul. Południowa 10B		
Wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Pracownik Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej		
DANE KONTAKTOWE		
Województwo:		
Powiat:	Gmina:	
Miejscowość:	Ulica:	
Nr budynku:	Nr lokalu:	Kod pocztowy:
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:



STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (proszę zaznaczyć X)	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami ¹	
<input type="checkbox"/> TAK 5 pkt <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) – <u>wypełnia Beneficjent</u>	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
DODATKOWE INFORMACJE	
Motywacja do podnoszenia kompetencji/kwalifikacji:	
<input type="checkbox"/> Niska 5 pkt <input type="checkbox"/> Średnia 10 pkt <input type="checkbox"/> Wysoka 15 pkt	
Teren wiejski:	
<input type="checkbox"/> TAK 5 pkt <input type="checkbox"/> NIE	
SZCZEGÓŁY WSPARCIA – <u>wypełnia Beneficjent</u>	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	Data zakończenia udziału w projekcie:
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu, w tym:	OSOBA PRACUJĄCA
	INNE

.....
miejscość i data

.....
czytelny podpis

¹ **Osoba z niepełnosprawnościami** - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz.U. z 2016 r. poz. 2046, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t. j. Dz.U. z 2016 r. poz. 546, z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.