

Formularz zgłoszeniowy

PROSIMY O DOKŁADNE WYPEŁNIENIE FORMULARZA

[w polach wyboru wstaw znak „x”]

DANE UCZESTNIKA

1. Imię (imiona):		2. Nazwisko:											
3. PESEL: [w każdą kratkę wstaw jedną cyfrę]	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
5. Telefon komórkowy:		6. Telefon stacjonarny:											
7. E-mail:													

ADRES ZAMIESZKANIA

1. Ulica:		2. Numer domu/lokalu:						
3. Kod pocztowy: [w każdą kratkę wstaw jedną cyfrę]	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td></tr></table>			-			4. Miejscowość:	
		-						
5. Powiat:		6. Województwo:						
7. Miejsce zamieszkania:	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś							

DODATKOWE INFORMACJE-

1. Stopień niepełnosprawności:

<input type="checkbox"/> ZNACZNY	<input type="checkbox"/> UMIARKOWKOWANY	<input type="checkbox"/> LEKKI
----------------------------------	---	--------------------------------

2. Wykształcenie:

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe	<input type="checkbox"/> średnie	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe				

3. Status na rynku pracy:

- jestem osobą pracującą obecnie nie pracuję i nie szukam pracy
 jestem osobą, która nigdy nie pracowała nie pracuję od miesięcy

4. Status wg przynależności do grup zagrożonych wykluczeniem

- Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
 Osoba z niepełnosprawnościami Osoba o niskich dochodach
 Osoba bez doświadczenia zawodowego
 Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) – proszę podać jakiej

.....

5. Status w urzędzie pracy (dotyczy osób niepracujących):

- Zarejestrowany jako bezrobotny Zarejestrowany jako poszukujący pracy
 Zarejestrowany jako bezrobotny z prawem do zasiłku Niezarejestrowany

6. Czy jest Pan / Pani beneficjentem / beneficjentką Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa ?

- Tak Nie

7. Z jakiego rodzaju wsparcia chciałby Pan / chciałyby Pani skorzystać ?

Pomoc w znalezieniu pracy	<input type="checkbox"/>
Wsparcie trenera pracy w miejscu pracy	<input type="checkbox"/>
Wsparcie coacha	<input type="checkbox"/>
Szkolenie zawodowe	<input type="checkbox"/>
Staż zawodowy	<input type="checkbox"/>
Szkolenie zawodowe	<input type="checkbox"/>

INFORMACJE DOTYCZĄCE OFERTY FUNDACJI:

1. Źródło informacji o projekcie:

- plakaty/ulotki
 znajomi/rodzina
 prasa

- instytucja – wpisz nazwę
 Internet - wpisz nazwę adres

2. Czy brał/a Pan/Pani udział w innych projektach współfinansowanych ze środków publicznych? Jeśli tak to w jakich?

OŚWIADCZENIA

- Zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu w celu przekazywania mi informacji o bieżących i przyszłych działaniach Fundacji „Normalna Przyszłość”. Przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) Administratorem tak zebranych danych jest Fundacja „Normalna Przyszłość” z siedzibą w Warszawie 04-028, przy Al. Stanów Zjednoczonych 53 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie 00-828, Al. Jana Pawła II 13.
- 2) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu informowania mnie o działaniach Fundacji „Normalna Przyszłość”.
- 3) Mam prawo dostępu do treści moich danych i ich poprawiania. W każdej chwili mogę zażądać usunięcia moich danych z bazy Fundacji „Normalna Przyszłość”.

- Oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się z *Regulaminem korzystania ze wsparcia oferowanego przez Fundację „Normalna Przyszłość”* i akceptuję jego postanowienia.

Oświadczam, że podane w formularzu dane są prawdziwe.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość i data	Czytelny podpis uczestnika

Projekt *Z nami po pracę* jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś Priorytetowa I *Osoby młode na rynku pracy*, Działanie 1.5 *Rozwój potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami*, Poddziałanie 1.5.1 *Rozwój potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami*.