



Projekt „**Twoja przyszłość - Twój wybór**”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Zgłoszenie uczestnika do projektu „Twoja przyszłość – Twój wybór” 2012

Imię (imiona) i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Seria i numer dowodu osobistego	
Adres zamieszkania (ulica, nr domu, kod, miejscowość)	
Telefon	
e-mail	

1. Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź dotyczącą Pani/Pana sytuacji na rynku pracy?

- a) jestem zatrudniony/a
- b) prowadzę własną działalność gospodarczą
- c) prowadzę gospodarstwo rolne
- d) nie pracuję i nie jestem obecnie zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy
- e) nie pracuję i jestem zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy

2. Proszę zaznaczyć właściwe zdanie (dotyczy osób bezrobotnych, tzn. zarejestrowanych w Urzędzie Pracy)

- a) w ciągu ostatnich 2 lat był(e)am zarejestrowany/a mniej niż 12 miesięcy
- b) w ciągu ostatnich 2 lat był(e)am zarejestrowany/a 12 miesięcy
- c) w ciągu ostatnich 2 lat był(e)am zarejestrowany/a więcej niż 12 miesięcy



Projekt „**Twoja przyszłość - Twój wybór**”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

3. Jakiego posiada Pan/Pani wykształcenie?

- a) podstawowe
- b) gimnazjalne
- c) ponadgimnazjalne
- d) pomaturalne
- e) wyższe

4. Czy posiada Pan/Pani wyuczony zawód?

- a) Tak, (jaki).....
- b) Nie

5. Czy jest Pan/Pani osobą uczącą się?

- a) Tak, uczę się w(nazwa szkoły)
- b) Nie

6. Czy posiada Pan/Pani dzieci?

- a) Tak, posiadam(liczba) dzieci w wieku.....
- b) Nie

7. Czy sprawuje Pan/ Pani opiekę nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną ?

- a) Tak
- b) Nie

8. Czy ma Pan/Pani możliwość zapewnienia opieki dla dzieci (osoby zależnej) na czas trwania zajęć związanych z udziałem w projekcie?

- a) Tak
- b) Nie

9. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?

- a) Tak
- b) Nie



Projekt „**Twoja przyszłość - Twój wybór**”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

10. Czy podlega Pan/Pani ubezpieczeniu zdrowotnemu?

- a) Tak, jestem ubezpieczony/a w
- b) Nie

11. Czy kiedykolwiek uczestniczył(a) Pan/Pani w jakimś kursie zawodowym?

- a) Tak, w kursie
- b) Nie

12. Czy w chwili obecnej bierze Pan/Pani udział w jakimkolwiek projekcie współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego?

- a) Tak
- b) Nie

13. W jaki sposób dowiedział/a się Pan/Pani o projekcie „Twoja przyszłość – Twój wybór”?

.....

14. Jakie są Pana/Pani największe oczekiwania w związku z udziałem w projekcie?

.....
.....

Oświadczam, że zapoznałem(a) się z regulaminem rekrutacji do projektu „Twoja przyszłość – Twój wybór” i akceptuję jego postanowienia.

- a) Tak
- b) Nie

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i upowszechnianie moich danych osobowych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zakroczymlu, ul. O.H. Koźmińskiego 15, do celów rekrutacji, monitoringu, realizacji oraz ewaluacji projektu „Twoja przyszłość – Twój wybór”, zachowując prawo do wglądu oraz poprawienia danych, zgodnie z przepisami ustawy z dn. 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. Z 2002r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.)

Zakroczym, dn.....

(podpis)

GINNY OŚRODEK POMOCY
SPOŁECZNEJ
W ZAKRO CZYMIU

CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA



INSTYTUCJA POŚREDNICZĄCA
2 STOPNIA

REALIZATOR PROJEKTU

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zakroczymlu: Biuro projektu: 05-170 Zakroczym, O.H. Koźmińskiego 15
tel. (22) 785 22 99 , fax . (22) 785 35 04, e-mail: ops_zakroczym@op.pl

NIP 531 141 20 49, REGON 006939712 – Gminna Samorządowa Jednostka Organizacyjna