**Załącznik nr 1 Formularz rekrutacyjny**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer referencyjny Formularza  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data wpływu formularza  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**„CERTYFIKOWANE ZARZĄDZANIE”**

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, w ramach Priorytetu X Edukacja dla rozwoju regionu, Działanie 10.3 Doskonalenie zawodowe, Poddziałanie 10.3.4 Kształcenie oraz doskonalenie zawodowe osób dorosłych.

|  |  |
| --- | --- |
| **I. INFORMACJE O KANDYDATCE/CIE NA UCZESTNICZKĘ/KA PROJEKTU** | |
| 1. Imię i Nazwisko |  |
| 2. Obywatelstwo |  |
| 3.Data urodzenia |  |
| 4. PESEL: |  |
| **5. Miejsce zamieszkania tożsame z adresem do korespondencji**  **(w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego) :** | |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Obszar zamieszkania (zaznaczyć właściwą odpowiedź): |  obszar miejski   obszar wiejski (gminy wiejskie lub wiejsko-miejskie) |
| **6. Numer telefonu kontaktowego:** |  |
| **7. Adres poczty e-mail:** |  |
| **8.** **Posiadane wykształcenie** (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź):   Brak (brak formalnego wykształcenia) - ISCED 0   Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) – ISCED 1   Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) – ISCED 2   Ponadgimnazjalne (liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa) – ISCED 3   Policealne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej) – ISCED 4   Wyższe - ISCED 5-8 | |
| **9. Status na rynku pracy (należy wybrać jedną odpowiedź):** | |
| **❒ osoba pracująca** | |
| Wykonywany zawód: |  |
| Nazwa pracodawcy: |  |
| Rodzaj instytucji: |  rządowa;   samorządowa;   MMŚP;   organizacja pozarządowa;   samozatrudniony/a;   duże przedsiębiorstwo |
| **❒ bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy,** | |
| **❒ bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy** | |
| **❒ długotrwale bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy,** | |
| **❒ długotrwale bezrobotną zarejestrowana w urzędzie pracy** | |
| **❒ bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy,** | |
| **❒ bierna zawodowo**   osoba ucząca się;  osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu; | |
| **10. Sytuacja społeczna** | |
| **❒ Osoba poniżej 30. roku życia**  **❒ Osoba po 50. roku życia**  **Osoba z niepełnosprawnościami (posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)**  Wymagane dostarczenie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jako załącznik do formularza  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  Czy ma Pan/Pani dodatkowe wymagania dotyczące usprawnień np. dostępne sale i toalety dla wózków, specjalne oznakowania, powiększony tekst na materiałach?  TAK , jakie? ……………………………………………………………………………………………………………………….  NIE  **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  **❒ Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących**  ❒ w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  **❒ Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu**  **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi | |

|  |
| --- |
| **II MOTYWACJA DO WZIĘCIA UDZIAŁU W SZKOLENIU**  **Prosimy o informację, jak to szkolenie zmieni Pani/Pana sytuację zawodową (500 -1000 znaków).** |
|  |

**III PREFEROWANY TERMIN SZKOLENIA**

**Prosimy zaznaczyć preferowany termin szkolenia – przynajmniej 2 możliwości lub wszystkie:**

**Grupa 4 (czwartek-piątek)**

31-08-01.09.2017 14-15.09.2017 28-29.09.2017 12-13.10.2017

**Grupa 5 (weekend)**

02-03.09.2017 16-17.09.2017 30.09-01.10.2017 14-15.10.2017

**Grupa 6 (czwartek-piątek)**

07-08.09.2017 21-22.09.2017 05-06.10.2017 19-20.10.2017

**Grupa 7 (weekend)**

09-10.09.2017 23-24.09.2017 07-08.10.2017 21-22.10.2017

** Grupa 8 (piątek sobota)**

15-16.09.2017 29-30.09.2017 13-14.10.2017 27-28.10.2017

**IV. OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. wyrażam zgodę na uczestnictwo w Projekcie „Certyfikowane zarządzanie” oraz jestem uprawniony do uczestnictwa w projekcie,
2. wyrażam zgodę na udział w ankietach ewaluacyjnych wypełnianych po każdym z bloków szkoleniowych i współpracy z mentorem,
3. zostałem poinformowany/a, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym wprowadzane są do systemu SL2014, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych i wyrażam na to zgodę.
4. Zapoznałam/em się z treścią Regulaminu projektu.
5. Oświadczam, że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
6. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie,
7. Zostałam/em poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydatki/ta

**Do formularza zgłoszeniowego przedkładam poniższe załączniki:**

❒ Kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – dotyczy wyłącznie osób z niepełnosprawnością