



FORMULARZ REKRUTACYJNY

Dane beneficjenta

1	Nazwa beneficjenta: Marcin Wróblewski
2	Adres beneficjenta: ul. Armii Poznań 60, 62-020 Swarzędz
3	NIP beneficjenta: 784-216-60-06
4	Tytuł projektu: INTEGRACYJNY ŻŁOBEK AKUKU – nowa placówka w gminie Swarzędz
5	Okres realizacji projektu: 01.03.2020 – 31.08.2021
6	Nr projektu: RPWP.06.04.01-30-0057/19
7	Poddziałanie, w ramach którego realizowany jest projekt: 6.4.1 Wsparcie aktywności zawodowej osób wyłączonych z rynku pracy z powodu opieki nad małymi dziećmi

Dane uczestnika

Dane osobowe	1	Imię (imiona)	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć	kobieta mężczyzna
	4	PESEL lub inny	
	5	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	6	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak Nie Odmowa podania informacji
	7	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak Nie Odmowa podania informacji
	8	Osoba z niepełnosprawnościami	Tak Nie Odmowa podania informacji
	9	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienionej powyżej)	Tak Nie Odmowa podania informacji
Dane kontaktowe	10	Województwo	
	11	Powiat	
	12	Gmina	
	13	Miejscowość	
	14	Ulica	

	15	Nr budynku	
	16	Nr lokalu	
	17	Kod pocztowy	
	18	Telefon kontaktowy	
	19	Adres e-mail	
Dane zawodowe	20	Wykształcenie	gimnazjalne niższe niż podstawowe podstawowe policealne ponadgimnazjalne wyższe
	21	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: osoba długotrwale bezrobotna inne osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: osoba długotrwale bezrobotna inne osoba bierna zawodowo, w tym: inne osoba ucząca się osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu osoba pracująca, w tym: inne osoba pracująca w administracji rządowej osoba pracująca w administracji samorządowej osoba pracująca w organizacji pozarządowej osoba pracująca w MMŚP osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie prowadząca działalność na własny rachunek
	22	Doświadczenie zawodowe	brak doświadczenia 1 – 6 miesięcy 6 – 12 miesięcy powyżej 12 miesięcy

	23	Wykonywany zawód	inny instruktor praktycznej nauki zawodu nauczyciel kształcenia ogólnego nauczyciel wychowania przedszkolnego nauczyciel kształcenia zawodowego pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej pracownik instytucji rynku pracy pracownik instytucji szkolnictwa wyższego pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej rolnik
	24	Miejsce zatrudnienia (nazwa instytucji i adres)	
Szare pola wypełnia Beneficjent			
	28	Rodzaj uczestnika	Indywidualny Pracownik lub przedstawiciel instytucji / podmiotu
	29	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	30	Data zakończenia udziału w projekcie	
	31	– w tym, zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	Tak Nie

Uprowadzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU