|  |
| --- |
| **Ankieta zgłoszeniowa** |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Numer PESEL |  |
| Dowód osobisty (seria, numer, data ważności) |  |
| **Adres zamieszkania** |
| Ulica |  |
| Numer domu/lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Obszar | [ ]  wieś[x]  miasto 50 tyś-100 tyś mieszkańców [ ]  miasto do 20 tyś. Mieszkańców[x]  miasto powyżej 100 tyś. mieszkańców[ ]  miasto od 20 tyś do 50 tyś mieszkańców |
| **Dane kontaktowe** |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| **Dane dotyczące niepełnosprawności** |
| Stopień niepełnosprawności | [ ]  znaczny[ ]  umiarkowany[ ]  lekki |
| Rodzaj niepełnosprawności | [ ] jestem osobą słabowidzącą[ ]  jestem osobą niewidomą |
| **Wykształcenie** |
| [ ]  Niepełne podstawowe[x]  Podstawowe[x]  Gimnazjalne[ ]  Zawodowe[x]  Średnie[x]  Policealne[ ]  Wyższe |
| **Dane dotyczące zatrudnienia** |
| ☐Nieaktywny zawodowo☐ Poszukujący pracy, niezatrudniony☐ Poszukujący pracy, zatrudniony☐ Bezrobotny☐ Zatrudniony w ZAZ☐ Zatrudniony w ZPCH☐ Zatrudniony na otwartym rynku pracy☐ Zarejestrowany w Urzędzie Pracy☐ Niezarejestrowany w Urzędzie Pracy |

Deklaruję chęć udziału w szkoleniach realizowanych w ramach projektu pn. „Od samodzielności do niezależności – prowadzenie szkoleń dla osób niewidomych i słabowidzących na terenie województw mazowieckiego, kujawsko-pomorskiego, warmińsko-mazurskiego oraz świętokrzyskiego”, współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Miejscowość, data Imię i nazwisko

**Załączniki:**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa załącznika** | **TAK** | **NIE** | **DO UZUPEŁNIENIA/UWAGI** |
| **WYPEŁNIA ORGANIZATOR PROJEKTU** |
| **1** | Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności |  |  |  |
| **2** | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych |  |  |  |
| **3** | Oświadczenie o udziale w innych projektach współfinansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych |  |  |  |
| **4** | Oświadczenie o miejscu zamieszkania |  |  |  |

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA ORGANIZATOR PROJEKTU:**Data wpłynięcia dokumentów rekrutacyjnych:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Pan/Pani**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **☐** został/a zakwalifikowana do projektu☐ nie został/a zakwalifikowana do projektu. **☐** został/a umieszczona na liście rezerwowej. Data wydania decyzji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Uwagi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Podpis Koordynatora Projektu |