|  |  |
| --- | --- |
| **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  miasto 50 tyś-100 tyś mieszkańców  miasto do 20 tyś. Mieszkańców  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  Podstawowe  Gimnazjalne  Zawodowe  Średnie  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 |