

Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie Horyzont Zawodowy

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do projektu „Horyzont zawodowy”

Prosimy wypełnić wszystkie pola czytelnie, pismem drukowanym

| | | | |
|---|--|------------------------------------|---|
| Nazwisko: | | | |
| Imię: | | | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> kobieta | <input type="checkbox"/> mężczyzna | |
| Data urodzenia: | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do Projektu: | | | |
| Wykształcenie: | Osoba o niskich kwalifikacjach: <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne Pozostałe: <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe | Status na rynku pracy: | <input type="checkbox"/> bezrobotny/a (osoby zarejestrowana w Urzędzie Pracy) <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotny/a (osoby bezrobotne, zarejestrowana w Urzędzie Pracy nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> bierny/a zawodowo (niepracujący/a, niezarejestrowany/a w Urzędzie Pracy) |
| Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> tak, stopień | <input type="checkbox"/> nie | |
| | | | |
| Adres zamieszkania: | Kod pocztowy: | | |
| | Miejscowość: | | |
| | Ulica: | | |
| | Nr domu/lokalu: | | |

| | | |
|--|---|--|
| | Gmina: | |
| | Powiat: | |
| Numer telefonu: | | |
| E-mail: | | |
| | | |
| Oświadczenie o zatrudnieniu: | Oświadczam, że pozostaję bez zatrudnienia (nie jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie, umowy o dzieło). | |
| | Data i czytelny podpis: | |
| Oświadczenie o zamieszkanui: | Oświadczam, że zamieszkuję na terenie województwa pomorskiego. | |
| | Data i czytelny podpis: | |
| | | |
| Oświadczenie | Oświadczam, że nie prowadzę działalności gospodarczej. | |
| | Data i czytelny podpis: | |
| | | |
| Oświadczenie | Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu „Horyzont zawodowy” i akceptuję wszystkie jego postanowienia. | |
| | Data i czytelny podpis: | |
| | | |
| Oświadczenie | Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku, Dz. U. Nr 133, poz. 863, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rekrutacji i realizacji projektu „Horyzont zawodowy” oraz – świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą – potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość powyższych danych. | |
| | Data i czytelny podpis: | |
| | | |
| Chcę otrzymać zwrot kosztów dojazdu na kurs/ szkolenia | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | |

| | |
|--------------------------------|--|
| Data i czytelny podpis: | |
|--------------------------------|--|

Dziękujemy!

Wypełniony formularz prosimy przesłać lub dostarczyć osobiście na adres: **Fundacja Gospodarcza, ul. Olimpijska 2, 81-538 Gdynia** lub **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Kusocińskiego 17, 84-200 Wejherowo**