|  |
| --- |
| **Formularz Rekrutacyjny do projektu „Pomorska Akademia Kompetencji Kluczowych”**nr RPPM.05.05.00-22-0091/16 |
| ***Formularz proszę wypełnić czytelnie, a pola wyboru zaznaczyć znakiem „X”*** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| Imię  |  |
| Nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| PESEL |  |
| Wykształcenie | 🞎 **Podstawowe** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) |
| 🞎 **Gimnazjalne** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) |
| 🞎 **Ponadgimnazjalne** (kształcenie ukończone na poziomie liceum, liceum profilowanego, technikum, technikum uzupełniające, zasadniczej szkoły zawodowej) |
| 🞎 **Policealne** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej) |
| 🞎 **Wyższe (np. licencjat, tytuł inżyniera, studia wyższe)** |
| Płeć  | 🞎 kobieta 🞎 mężczyzna |
| **DANE TELEADRESOWE** (proszę podać adres zamieszkania, czyli zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu) |
| Ulica |  |
| Nr domu / nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| **Zatrudnienie** |
| Zatrudnienie w sektorze MŚP lub ekonomii społecznej |  🞎 TAK 🞎 NIE |
| Nazwa zakładu pracy i adres siedziby |  |
| **Diagnoza potrzeb związanych z niepełnosprawnością** |
| **Osoba z niepełnosprawnością** (osoba posiadająca aktualne orzeczenie o niepełnosprawności) | 🞎 TAK 🞎 NIE |
| **Specjalne potrzeby wynikające z rodzaju niepełnosprawności** (proszę opisać w odpowiednim miejscu, tylko jeśli dotyczy) | Potrzeby wynikające z niepełnosprawności ruchowej (np. windy, podjazdy, toalety itp.): |
|  |
| Potrzeby związane z formą materiałów do kursu: |
|  |
| Inne potrzeby (np. tłumacz języka migowego, asystent os. niepełnosprawnej): |
|  |
| **KURS JĘZYKA OBCEGO** |
|  | Jakiego języka chce się Pan/Pani uczyć? | 🞎 **języka angielskiego** 🞎 **języka niemieckiego**  |
|  | Na jakim poziomie zna Pan/Pani język,w zakresie którego chce Pan/Pani podjąć kształcenie? | 🞎 nie znam wcale🞎 znam na poziomie podstawowym🞎 znam na poziomie średnim🞎 znam na poziomie zaawansowanymJeżeli uzyskał/a Pan/ Pani certyfikat znajomości danego j. obcego, prosimy o podanie jego nazwy, uzyskanego poziomu i roku otrzymania:……………………………………………………………………………………………………………… |
| **3.** | Proszę zaznaczyć preferowany wymiar kursu | 🞎 120 godzin 🞎 180 godzin 🞎 240 godzinDokonując wyboru należy kierować się oczekiwaniami dotyczącymi poziomu biegłości językowej, który chciałby Pan/ chciałaby Pani osiągnąć na koniec projektu. Jeżeli oczekuje Pan/Pani wzrostu poziomu znajomości danego j. obcego o 1 poziom biegłości językowej, należy wybrać wymiar 120h lub 180h, jeżeli oczekuje Pan/Pani wzrostu poziomu znajomości danego j. obcego o 2 poziomy biegłości językowej, należy wybrać wymiar 240h.  |
| 4. | Informacje dotyczące terminów kursu | **W jakie dni nie może Pani/Pan uczestniczyć w kursie:** | **W jakich godzinach nie może Pani/Pan uczestniczyć w kursie:** |
| 🞎 poniedziałek 🞎 wtorek🞎 środa 🞎 czwartek🞎 piątek 🞎 sobota🞎 niedziela | 🞎 przed południem🞎 po południu |

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a

.....................................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

Oświadczam, że:

1. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa (z własnej inicjatywy) w projekcie „Pomorska Akademia Kompetencji Kluczowych” oraz zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zm.).
2. Zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomorska Akademia Kompetencji Kluczowych” oraz akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania, jeżeli zostanę zakwalifikowany do projektu.
3. Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w projekcie.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.
5. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 r. o Ochronie Danych Osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) w celu przeprowadzenia rekrutacji do projektu „Pomorska Akademia Kompetencji Kluczowych”.
6. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności cywilnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość, data | **Czytelny podpis** (imię i nazwisko) |