



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „ŚWIADOMY ROZWÓJ ZAWODOWY! program podnoszenia kompetencji, kwalifikacji i umiejętności zawodowych mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego”

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt nr RPWM.02.03.02-28-0004/17 pt. „ŚWIADOMY ROZWÓJ ZAWODOWY! program podnoszenia kompetencji, kwalifikacji i umiejętności zawodowych mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego” jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

Dane uczestnika												
Nazwisko												
Imię (Imiona)												
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna											
Numer PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
Wiek w latach												
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2)  <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <b>w tym</b> <input type="checkbox"/> Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, inne <input type="checkbox"/> Zasadnicza szkoła zawodowa  <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)											
W przypadku osób zgłaszających zainteresowanie szkoleniami z branży fizjoterapeutycznej (wymóg konieczny)	<b>Posiadam:</b> <input type="checkbox"/> tytuł licencjata fizjoterapii <b>lub</b> <input type="checkbox"/> tytuł magistra fizjoterapii <b>lub</b> <input type="checkbox"/> tytuł technika fizjoterapii <b>lub</b> <input type="checkbox"/> ukończony dyplomowany kurs masażyście <b>lub</b> <input type="checkbox"/> ukończony kierunek lekarski.											



Dane adresowo/kontaktowe – miejsce zamieszkania (w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)	
Województwo	
Powiat, gmina	
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski
Adres zamieszkania (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)	
Numer telefonu do kontaktu	
Adres e-mail	
Dane korespondencyjne JEŻELI INNE NIŻ WYŻEJ	
Województwo	
Powiat, gmina	
Pełen adres zamieszkania (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne



	<p>Wykonywany zawód</p> <p>.....</p>
<p>W przypadku osób pracujących proszę podać nazwę zakładu pracy, adres zakładu pracy (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>
<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Osoba z niepełnosprawnościami – należy dołączyć odpowiedni dokument potwierdzający. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) lub orzeczenie albo inny dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.). Potwierdzeniem statusu osoby niepełnosprawnej może być w szczególności orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności oraz orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.). Pozostałe osoby (np. osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi) na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej mogą przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>



Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
---	--

**W poniższym wsparciu oferowanym w ramach projektu, odpowiadającemu na potrzeby pracodawców branż: fizjoterapeutycznej, handlowej i motoryzacyjnej, jako wsparcie dostosowane do moich indywidualnych potrzeb, udzielane w kompleksowej formie szkoleń, które podniosą moje kompetencje lub kwalifikacje zawodowe wskazuję wsparcie/szkolenie(proszę zaznaczyć – możliwość wyboru wielu):**

1.	FDM (Fascial Distortion Model) obejmujące moduły FDM Intensywny oraz FDM Limfologia (kwalifikacje)	<input type="checkbox"/>
2.	Kinetic Control (kompetencje)	<input type="checkbox"/>
3.	Badanie i fizjoterapia funkcjonalna w uszkodzeniach stawu kolanowego i obręczy barkowej (kompetencje)	<input type="checkbox"/>
4.	Skuteczny Handlowiec (kompetencje)	<input type="checkbox"/>
5.	Prospecting „poszukiwane klientów” (kompetencje)	<input type="checkbox"/>
6.	Negocjacje handlowe (kompetencje)	<input type="checkbox"/>
7.	Teoretyczne i praktyczne aspekty likwidacji szkód komunikacyjnych (kompetencje)	<input type="checkbox"/>
8.	Spawanie metodą TIG (kwalifikacje)	<input type="checkbox"/>
9.	Spawanie metodą MAG (kwalifikacje)	<input type="checkbox"/>

## Oświadczenia

- Oświadczam, że zapoznał/-am/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „**ŚWIADOMY ROZWÓJ ZAWODOWY! program podnoszenia kompetencji, kwalifikacji i umiejętności zawodowych mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego**” oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
- Oświadczam, że spełniam wymogi określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „**ŚWIADOMY ROZWÓJ ZAWODOWY! program podnoszenia kompetencji, kwalifikacji i umiejętności zawodowych mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego**”, w szczególności **jestem osobą dorosłą (18 lat i więcej), z własnej inicjatywy zainteresowaną podnoszeniem kompetencji i/lub kwalifikacji zawodowych, uczącą się, pracującą lub zamieszkującą, w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego, na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego i nieprowadzącą działalności gospodarczej.**



3. Oświadczam, zgłaszając się na szkolenie z branży fizjoterapeutycznej (numer 1,2,3 niniejszego formularza) posiadam **wykształcenie kierunkowe tj. tytuł licencjata lub magistra fizjoterapii lub technika fizjoterapii lub ukończenie dyplomowanego kursu masażyisty lub kierunku lekarskiego.**
4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

---

Data

---

Czytelny podpis Kandydata/ki