

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do udziału w projekcie pt.: „Angielski dla każdego – kursy językowe dla pracowników sektora MSP z województwa pomorskiego” nr RPPM.05.05.00-22-0051/16 realizowanego w ramach Działania 5.5. Kształcenie ustawiczne Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.

Wszystkie pola formularza należy wypełnić czytelnie **DRUKOWANYMI LITERAMI** (elektronicznie lub odręcznie).

Właściwe odpowiedzi proszę zaznaczyć znakiem **X** lub poprzez podkreślenie/pogrubienie lub w inny wyraźny sposób.

Dane uczestnika	I DANE OSOBOWE	
	1 Imię (imiona)	
	2 Nazwisko	
	3 Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	4 PESEL	
5 Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> wykształcenie średnie <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe	
Dane kontaktowe do uczestnika	II ADRES ZAMIESZKANIA W ROZUMIENIU KODEKSU CYWILNEGO	
	6 Ulica	
	7 Nr domu	
	8 Nr lokalu	
	9 Kod pocztowy	
	10 Miejscowość	
	11 Obszar	<input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski
	12 Gmina	
	13 Powiat	
	14 Województwo	
	III DANE KONTAKTOWE	
	15 Telefon stacjonarny	
	16 Telefon komórkowy	
17 Adres poczty elektronicznej (email)		
	IV ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić jedynie gdy jest inny adres niż wskazany powyżej – pola 6-14)	
	18 Ulica	
	19 Nr domu	
	20 Nr lokalu	
	21 Kod pocztowy	
	22 Miejscowość	

Dane dodatkowe	V STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
	23	Czy zamieszkuje Pani/Pan w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa pomorskiego?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	24	Czy jest Pani/Pan zatrudniona/y ?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	25	Jeśli TAK , gdzie jest Pani/Pan zatrudniona/y:	<input type="checkbox"/> samozatrudniona/y ¹ <input type="checkbox"/> w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie ² <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej ³ <input type="checkbox"/> w innym, jakim?
	26	Nazwa instytucji, w której jest Pan/i zatrudniony/a	
	27	NIP instytucji	
	28	Forma zatrudnienia	<input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa zlecenie <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> mianowanie <input type="checkbox"/> powołanie <input type="checkbox"/> wolontariat <input type="checkbox"/> inna, jaka?
	29	Do kiedy jest Pani/Pan zatrudniona/y?	<input type="checkbox"/> do <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony
	VI INNE INFORMACJE		
	30	Czy zgłasza Pani/Pan chęć uczestniczenia w szkoleniu z własnej inicjatywy celem nabycia, uzupełnienia lub podwyższenia umiejętności, kompetencji lub kwalifikacji zawodowych na potrzeby rynku pracy?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
31	Czy jest Pani/Pan osobą niepełnosprawną?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
32	Czy posiada Pani/ Pan pod opieką dziecko do lat 7 lub osobę zależną zgodnie z definicją zawartą w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z dn. 01.05.2004r. z późn. zm.)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
VII ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE			
33	O projekcie dowiedziałam/ dowiedziałem się z:	<input type="checkbox"/> plakatu informacyjnego <input type="checkbox"/> ulotek informacyjnych <input type="checkbox"/> ogłoszeń w prasie regionalnej <input type="checkbox"/> Internetu <input type="checkbox"/> przekazu słownego (np. od znajomych, rodziny) <input type="checkbox"/> spotkań informacyjno-rekrutacyjnych <input type="checkbox"/> innych źródeł (<i>jakich?</i>)	

¹ **SAMOZATRUDNIONA/Y** - osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, nie zatrudniająca pracowników.

² **MIKRO, MAŁE, ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO** - przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 mln EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR; kwalifikator MSP dostępny na <http://kwalifikator.een.org.pl/>

³ **ORGANIZACJA POZARZĄDOWA** - w rozumieniu ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

ANALIZA POTRZEB SZKOLENIOWYCH

1. Jak ocenia Pan/Pani swoje kwalifikacje zawodowe:

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	niewystarczająco
5	4	3	2	1

2. Jak ocenia Pan / Pani swoje umiejętności w zakresie języków obcych?

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco	Nie mam takich umiejętności
5	4	3	2	1	0

3. Czy przedmiotowy kurs języka angielskiego będzie Panu/Pani przydatny w obecnej pracy zawodowej lub w podjęciu nowego zatrudnienia? (5 – zdecydowanie przydatne, 4 – raczej przydatne, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nieprzydatne, 1 – zdecydowanie nieprzydatne).

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4. Czy widzi Pan/Pani potrzebę kształcenia i ciągłego podnoszenia kwalifikacji? (5 – zdecydowanie tak, 4 – tak, 3 – średnio, 2 – nie, 1 – zdecydowanie nie).

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5. Które umiejętności językowe są dla Pani/Pana najważniejsze? (Proszę oznaczyć – 5 – bardzo ważne, 4 – ważne, 3 – średnio ważne, 2 – mało ważne, 1 – nieważne)

Mówienie	Słuchanie	Czytanie	pisanie

6. Czy doświadczył Pan / Pani poczucia marginalizacji z powodu nieznajomości języka angielskiego? Proszę zaznaczyć:

TAK

NIE

Niniejszym oświadczam że:

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Angielski dla każdego - kursy językowe dla pracowników sektora MSP z województwa pomorskiego” nr RPPM.05.05.00-22-0051/16 i akceptuję jego zapisy oraz wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie.
2. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez Organizatora szkoleń, firmę Akademia Słońca Krzysztof Frąszczak w czasie trwania realizacji, promocji, ewaluacji i archiwizacji projektu „Angielski dla każdego – kursy językowe dla pracowników sektora MSP z województwa pomorskiego” nr RPPM.05.05.00-22-0051/16 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Dodatkowo zastrzegam, że publikacja wizerunku odbywać się będzie w taki sposób, aby nie wskazywała na powiązanie w szczególności z imieniem i nazwiskiem lub sposobem bezpośredniego kontaktu (bez adresu zamieszkania, numeru telefonu, itp.).

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

Załączniki do formularza zgłoszeniowego:

1. Oświadczenie nr 1: w odniesieniu do zbioru: CST wspierającego realizację programów operacyjnych
2. Oświadczenia nr 2: w odniesieniu do zbiorów: RPO WP na lata 2014-2020 – dane uczestników indywidualnych
3. Test z języka angielskiego.
4. Oświadczenie osoby prowadzącej działalność gospodarczą (jeśli dotyczy).