

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do projektu „Azymut na zatrudnienie w CIS Rowy.”

I. DANE OGÓLNE:

NAZWISKO I IMIĘ (IMIONA)	
PESEL	
WYKSZTAŁCENIE:	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: zawodowe/średnie* (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> pomaturalne/ policealne <input type="checkbox"/> wyższe
PLEĆ	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
WIEK	

II. DANE KONTAKTOWE:

ULICA I NR	
MIEJSCOWOŚĆ	
KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ	
GMINA	
POWIAT	
WOJEWÓDZTWO	
NR TELEFONU	
E-MAIL	

III. STATUS NA RYNKU PRACY:

OSOBA ZAREJESTROWANA W PUP	<input type="checkbox"/> tak , profil*: I, II, III (proszę zaznaczyć właściwy) <input type="checkbox"/> nie
OSOBA BIERNIE ZAWODOWO	<input type="checkbox"/> tak , w tym: * ucząca się (proszę podkreślić, jeśli dotyczy) <input type="checkbox"/> nie

IV. STATUS OSOBY ZGODNIE Z USTAWĄ O ZATRUDNIENIU SOCJALNYM:

Oświadczam, że jestem: (proszę zaznaczyć wszystkie kategorie, które Panią/Pana dotyczą)

- Osobą bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności
- osobą uzależnioną od alkoholu,
- osobą uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających,
- osobą chorą psychicznie,
- osobą długotrwale bezrobotną
- osobą zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem
- uchodźcą realizującym indywidualny program integracji
- osobą niepełnosprawną w stopniu:..... (proszę podać stopień/grupę niepełnosprawności)
- inne, jakie:

V. ZAWÓD:

ZAWÓD	
DODATKOWE UPRAWNIENIA (NP. PRAWO JAZDY, KURSY ITP.)	

VI. Oświadczam, że posiadam prawo do: (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe)

zasiłku dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
świadczenia przedemerytalnego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
zasiłku przedemerytalnego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
renty strukturalnej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
renty z tytułu niezdolności do pracy	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
emerytury	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

VII. INNE:

Oświadczam, że: (podkreśl właściwe)

- korzystam/ nie korzystam* z pomocy społecznej
- korzystam/ nie korzystam* ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa

Data i podpis

.....