

DATA PRZYJĘCIA FORMULARZA

PODPIS OSOBY PRZYJMĄCEJ

ID KANDYDATA

ZINTEGROWANY PROGRAM ROZWOJU WSJO

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU PT.: "ZINTEGROWANY PROGRAM ROZWOJU WSJO", NR PROJEKTU: POWR.03.05.00-00-Z066/17 REALIZOWANEGO W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ, OŚ PRIORYTETOWA: III. SZKOLNICTWO WYŻSZE DLA GOSPODARKI I ROZWOJU, DZIAŁANIE: 3.5 KOMPLEKSOWE PROGRAMY SZKÓŁ WYŻSZYCH, PRZEZ WYŻSZĄ SZKOLĘ JĘZYKÓW OBCYCH IM. SAMUELA BOGUMILA LINDEGO, UL. RÓŻANA 17A, 61-577 POZNAŃ.

SPECJALIZACJA: GRAFIKA KOMPUTEROWA Z EDYTORSTWEM

DANE UCZESTNIKA

KRAJ

IMIONA

NAZWISKO

PŁEĆ

K

M

PESEL

WYKSZTAŁCENIE

PONADGIMNAZJALNE

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA, TECHNIKUM, TECHNIKUM UZUPEŁNIAJĄCE, LICEUM: OGÓLNOKSZTAŁCĄCE, PROFILOWANE ISCED 3

POLICEALNE

SZKOŁY POLICEALNE ISCED 4

WYŻSZE

STUDIA KRÓTKIEGO CYKLU (NAUCZYCIELSKIE KOLEGIUM JĘZYKOWE, KOLEGIUM PRACOWNIKÓW SŁUŻB SPOŁECZNYCH), STUDIA LICENCJACKIE LUB ODPOWIEDNIKI (STUDIA I STOPNIA), STUDIA PODYPLOMOWE, STUDIA MAGISTERSKIE LUB ODPOWIEDNIKI (STUDIA II STOPNIA ORAZ JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE), STUDIA DOKTORANCKIE ISCED 5 - 8

DANE KONTAKTOWE

WOJEWÓDZTWO

POWIAT

GMINA

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NR LOKALU

KOD POCZTOWY

POCZTA

TELEFON

E-MAIL

STATUS NA RYNKU PRACY

OSOBA PRACUJĄCA

TAK

NIE

JEŚLI "TAK" TO: OSOBA PRACUJĄCA W:

ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ

TAK

NIE

ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ

TAK

NIE

MIKRO, MAŁYM, ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWIE

TAK

NIE

DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE

TAK

NIE

ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ

TAK

NIE

DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK

TAK

NIE

INNE

TAK

NIE

ZATRUDNIONY/A W: (PEŁNA NAZWA MIEJSCA PRACY)

WYKONYWANY ZAWÓD:

INNY

PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU
OCHRONY ZDROWIAINSTRUKTOR PRAKTYCZNEJ
NAUKI ZAWODUKLUCZOWY PRACOWNIK INSTYTUCJI
POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO

PRACOWNIK INSTYTUCJI RYNKU PRACY

NAUCZYCIEL WYCHOWANIA
PRZEDSZKOLNEGOPRACOWNIK INSTYTUCJI
SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO

PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU
WSPIERANIA RODZINY I PIELICZY ZASTĘPCZEJPRACOWNIK PORADNI PSYCHOLOGICZNO
PEDAGOGICZNEJ

ROLNIK

PRACOWNIK OŚRODKA WSPARCIA
EKONOMII SPOŁECZNEJOSOBA BIERNĄ
ZAWODOWO

TAK

NIE

OSOBA BEZROBOTNA

TAK

NIE

ZAREJESTROWANA
W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY

OSOBA BEZROBOTNA

TAK

NIE

NIEZAREJESTROWANA
W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY

OSOBA, KTÓRA W DANEJ CHWILI NIE TWORZY ZASOBÓW SIŁY ROBOCZEJ TYŻN. NIE PRACUJE I NIE
JEST BEZROBOTNA W TYM OSOBA UCZĄCA SIĘ, LUB KSZTAŁCĄCA

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU - OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM:			
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	TAK	<input type="checkbox"/>	Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, lemowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.
	NIE	<input type="checkbox"/>	
	ODMOWA PODANIA ODPOWIEDZI	<input type="checkbox"/>	
OSOBA BEZDOMNĄ LUB DOTKNIĘTĄ WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	TAK	<input type="checkbox"/>	Bez dachu nad głową, bez miejsca zamieszkania, niezabezpieczone zakwaterowanie, nieodpowiednie warunki mieszkaniowe.
	NIE	<input type="checkbox"/>	
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	TAK	<input type="checkbox"/>	Osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (Osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016, poz. 2046, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm))
	NIE	<input type="checkbox"/>	
	ODMOWA PODANIA ODPOWIEDZI	<input type="checkbox"/>	
OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ	TAK	<input type="checkbox"/>	Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0
	NIE	<input type="checkbox"/>	
	ODMOWA PODANIA ODPOWIEDZI	<input type="checkbox"/>	

OŚWIADCZENIA	
1. Oświadczam, że jestem studentem/ką Wyższej Szkoły Języków Obcych im. Samuela Bogumiła Lindego.	MIJSCOWOŚĆ, DATA DD.MM.RRRR, CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
2. Oświadczam, że jestem/nie jestem studentem/ką studiów stacjonarnych	MIJSCOWOŚĆ, DATA DD.MM.RRRR, CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
3. Oświadczam, że jestem studentem/ką studiów roku.	Proszę wpisać rok studiów MIJSCOWOŚĆ, DATA DD.MM.RRRR, CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
4. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam doświadczenia zawodowego uzyskanego w trakcie zatrudnienia, wykonywania pracy zarobkowej lub prowadzenia działalności gospodarczej.	MIJSCOWOŚĆ, DATA DD.MM.RRRR, CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
5. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.	MIJSCOWOŚĆ, DATA DD.MM.RRRR, CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
6. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem projektu „Zintegrowany program rozwoju WSJO” i deklaruję chęć uczestnictwa w nim.	MIJSCOWOŚĆ, DATA DD.MM.RRRR, CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
7. Oświadczam prawdziwość powyższych danych w niniejszym formularzu zgłoszenia własnoręcznym podpisem.	MIJSCOWOŚĆ, DATA DD.MM.RRRR, CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU

1. Kandydat/ka spełnia wymogi kwalifikacyjne i otrzymuje poniższe punkty premiujące za poniższe kryteria pierwszeństwa:

1. Osoba bez doświadczenia zawodowego:/4 pkt
2. Wynik wstępnego testu informatycznego:/4 pkt
3. Student/ka studiów stacjonarnych:/3pkt
4. Osoba niepełnosprawna z orzeczeniem o niepełnosprawności:/4 pkt

ŁĄCZNIE:/15 PKT

2. Zakwalifikowano do projektu **TAK / NIE**

3. Przydział do grupy: **GRUPA - ZPRW/G.....**

MIJSCOWOŚĆ, DATA DD.MM.RRRR
CZYTELNY PODPIS PRACOWNIKA PROJEKTU