|  |
| --- |
|  **WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU** |
| **Pieczątka Realizatora projektu** | **Nr Kandydata** |  |
| **Data wpływu** |  |
| **Godzina wpływu** |  |
| **Podpis przyjmującego** |  |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Projekt** | ***SPECJALISTA*** |
| **Nr projektu** | **RPPK. 09.05.00-18-0022/17** |
| *Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**Oś Priorytetowa IX Jakość edukacji i kompetencji w regionie* *Działanie 9.5 Podnoszenie kompetencji osób dorosłych w formach pozaszkolnych* |
|  |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** |
| **Imię (imiona) i nazwisko** |  |
| **PESEL** |  | **Wiek w latach \_ \_** |
| **Płeć** | [ ]  **Kobieta** [ ]  **Mężczyzna** |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** *(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)* |
| **Ulica** |  | **Nr domu** |  | **Nr lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  | **Obszar** | **[ ]  miejski [ ]  wiejski** |
| **Kod pocztowy** |  | **Poczta** |  |
| **Gmina** |  | **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| **telefon komórkowy i/lub stacjonarny** |  |
|  **e-mail** |  |
| **POZIOM WYKSZTAŁCENIA*****\*Według Międzynarodowej Standardowej Klasyfikacji Kształcenia*** |
| [ ]  | Brak formalnego wykształcenia | [ ]  | Podstawowe (ISCED 1)\* | [ ]  | Gimnazjalne (ISCED2)\* |
| [ ]  | Ponadgimnazjalne (ISCED 3)\**(ukończone na poziomie szkoły średniej - średnie lub zasadnicze zawodowe)* | [ ]  | Policealne (ISCED 4)\**(ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)* | [ ]  | Wyższe (ISCED 5-6)\* |
| **Ostatnia ukończona szkoła/uczelnia:***Proszę podać nazwę szkoły, miejscowość, kierunek kształcenia* |  |
| **NAUKA/PRACA** |
| **Czy jest Pan/Pani osobą kontynuującą naukę [ ]  tak [ ]  nie** |
| **Szkoła/uczelnia:***Proszę podać adres oraz nazwę szkoły* |  |
| **Czy jest Pan/Pani osobą pracującą [ ]  tak [ ]  nie** |
| **Zakład pracy:***Proszę podać adres oraz nazwę zakładu pracy* |  |
| **OCZEKIWANIA**  |
| W jakim szkoleniu zawodowym chciałby/łaby Pan/Pani uczestniczyć **\*należy X zaznaczyć maksymalnie jedną odpowiedź** |
|  | Operator programista CNC |
|  | Spawanie metodą TIG 141 stopień I |
|  | Spawanie metodą TIG 141 stopień II |
|  | Spawanie metodą TIG 141 stopień III |
|  | Operator żurawi przenośnych (HDS)  |
|  | Operator wózków jezdniowych podnośnikowych z wymianą butli gazowych kat. I, II, III WJO |
|  | Eksploatacja urządzeń, instalacji i sieci grup I, II, III |
|  | Inventor Autodesk st. I, II |
|  | AutoCAD st. I, II, III |
| **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:** | **[ ]  tak [ ]  nie** |
| Proszę podać rodzaj i stopień niepełnosprawności …………………………………………….…………………………..... |
| **Kwalifikacje zawodowe** *(opisać posiadane kwalifikacje, ukończone szkoły/uczelnie, ukończone szkolenia – potwierdzone zaświadczeniem, dyplomem, świadectwem, innym stosownym dokumentem)* |
|  |
| **ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE** |
|  **[ ]  Facebook [ ]  strona www CRAS [ ]  strona www InterPetro/OSZ Czerwiński** **[ ]  plakat [ ]  lokalne portale informacyjne [ ]  inne …………………………………..** |
| *Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.* *Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1, z 4 maja 2016 r.) przez Stowarzyszenie CRAS - Centrum Rozwoju Aktywności Społecznej z siedzibą: ul. Raginisa 31/L2, 35-513 Rzeszów do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu „Specjalista”. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a także dobrowolności ich podania.* |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Miejscowość i data* |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Czytelny podpis Kandydata* |
|  |
| **ZAŁĄCZNIKI** |
|  | Oświadczenie |  | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli dotyczy) |