Załącznik nr 1  
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie  
„Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych”

**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA**

do Projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych”

# Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013 Priorytet I „Zatrudnienie i integracja społeczna” Działanie 1.3 „Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej” Poddziałanie 1.3.6 „PFRON – projekty systemowe”

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Data urodzenia:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Płeć:** | | | | | | | **Kobieta**  **Mężczyzna** | | | | | | | | | | |
| **Numer PESEL:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Miejsce urodzenia:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **DANE TELEADRESOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miejsce zameldowania:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Nr domu:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Nr lokalu:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Nazwa miejscowości:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Typ miejscowości:** | | | | | | | **Miasto**  **Wieś** | | | | | | | | | | |
| **Powiat** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Gmina** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Dzielnica** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Województwo:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Miejsce zamieszkania:** *(Prosimy o wypełnienie, jeśli inne niż powyżej.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Nr domu:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Nr lokalu:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Nazwa miejscowości:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Typ miejscowości:** | | | | | | | **Miasto**  **Wieś** | | | | | | | | | | |
| **Powiat** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Gmina** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Dzielnica** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Województwo:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer telefonu stacjonarnego**  **(wraz z numerem kierunkowym):** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Numer telefonu komórkowego:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Adres e-mail:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** *(Proszę postawić krzyżyk (X) przy wybranych odpowiedziach.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności:**  **Orzeczenia Powiatowych Zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności**  znaczny stopień niepełnosprawności (dawna I grupa inwalidzka)  umiarkowany stopień niepełnosprawności (dawna II grupa inwalidzka)  lekki stopień niepełnosprawności (dawna III grupa inwalidzka)    **Orzeczenia lekarzy Orzeczników ZUS**  całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji  całkowita niezdolność do pracy  częściowa niezdolność do pracy  **Orzecznictwo KRUS (orzeczenie wydane do 31.12.1997 r.)**  całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym  całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji  **Orzecznictwo Wojskowe (orzeczenie wydane do 31.12.1997 r.)**  **Orzeczenie ważne do dnia ..................................................................** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Proszę zaznaczyć rodzaj niepełnosprawności według kategorii w orzeczeniu** *(można wybrać więcej niż jeden):*  osoba niewidoma lub słabowidząca  osoba niesłysząca lub słabosłysząca  osoba z uszkodzeniem narządu ruchu  osoba ze schorzeniem narządów wewnętrznych  osoba z epilepsją  osoba ze schorzeniem psychicznym  osoba z niepełnosprawnością intelektualną  osoba z orzeczeniem z ogólnego stanu zdrowia  inne rodzaje niepełnosprawności*(nie wymienione powyżej):*  **3. Uczestnictwo w:**  Warsztatach Terapii Zajęciowej w okresie od ………………do ……………… nie dotyczy  Zakładzie Aktywności Zawodowej w okresie od ………………do ………………  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Jaki jest Pana/Pani status na rynku pracy** *(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź***):**  pracujący  nie zarejestrowany w Urzędzie pracy - nieaktywny zawodowo  uczący się  zarejestrowany w Urzędzie pracy – bezrobotny  zarejestrowany w Urzędzie pracy - długotrwale bezrobotny (zarejestrowany powyżej 12 m-cy)  zarejestrowany w Urzędzie pracy jako poszukujący pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Jestem opiekunem osoby zależnej** *(oznacza osobę* *wymagającą - ze względu na stan zdrowia lub wiek, np. dziecko do lat 7 - stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem)*:  tak  nie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WYKSZTAŁCENIE I ZAWÓD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Proszę wybrać poziom wykształcenia, jaki Pan/i posiada:**  podstawowe  gimnazjalne  zasadnicze zawodowe  średnie  średnie zawodowe  policealne/pomaturalne  licencjat  wyższe  studia podyplomowe/doktorat  inne (*jakie?):* …………………… | | | | | | | | **8. Jaki jest Pana/i zawód wyuczony?** | | | | | | | | | | |
| **9. Jaki jest Pana/i zawód wykonywany?** | | | | | | | | | | |
| **10. Proszę wpisać nazwy i rodzaje szkół oraz daty ich ukończenia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Nazwa i rodzaj szkoły*** | | | | | | | | | | ***Miejscowość*** | | | | | ***Data ukończenia*** | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| **11. Proszę wpisać w tabelę swoje doświadczenia zawodowe/staże/praktyki:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Okres zatrudnienia*** | ***Stanowisko*** | | | | | | | | | ***Nazwa pracodawcy*** | | | | ***Zakres obowiązków*** | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| **12. Proszę wpisać w tabelę kursy/szkolenia, w których Pan/i uczestniczył/a:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Nazwa kursu/szkolenia*** | | ***Organizator*** | | | | | | | ***Zakres/tematyka*** | | | | | | | | ***Czas trwania*** | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **13. Umiejętności** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proszę określić stopień znajomości programów komputerowych i języków obcych w skali 1 – 3 *(gdzie 1 oznacza – „słabo”, 2 – „średnio”, 3 – „dobrze”)*. Odpowiedź proszę zakreślić kółkiem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Biurowe*** | | | ***Księgowe/***  ***magazynowe*** | | | | | | | | ***Informatyczne specjalistyczne*** | | | | | ***Języki obce*** | | |
| Word 1—2—3 | | | SYMFONIA 1—2—3 | | | | | | | | PHP/CMS 1—2—3 | | | | | Angielski 1—2—3 | | |
| Excel 1—2—3 | | | RAKS SQL 1—2—3 | | | | | | | | SQL 1—2—3 | | | | | Niemiecki 1—2—3 | | |
| PowerPoint 1—2—3 | | | Płatnik 1—2—3 | | | | | | | | MySQL 1—2—3 | | | | | Francuski 1—2—3 | | |
| Access 1—2—3 | | | WA-PRO 1—2—3 | | | | | | | | HTML/XHTML/  CSS 1—2—3 | | | | | Rosyjski 1—2—3 | | |
| Outlook 1—2—3 | | | WF MAG 1—2—3 | | | | | | | | C+, C++ 1—2—3 | | | | | Włoski 1—2—3 | | |
| Internet Explorer 1—2—3 | | | Inne 1—2—3 | | | | | | | | Photoshop 1—2—3 | | | | | Inne: 1—2—3 | | |
| Inne 1—2—3 | | | *Jakie?* | | | | | | | | InDesign 1—2—3 | | | | | *Jakie?* | | |
| *Jakie?* | | | Corel 1—2—3 | | | | |
| Ilustrator 1—2—3 | | | | |
| Linux 1—2—3 | | | | |
| Inne 1—2—3 | | | | |
| **14. Czy posiada Pan/i prawo jazdy?**  tak  nie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kategoria prawa jazdy | | | | Umiejętność czynna  (mogę prowadzić pojazd) | | | | | | | | Umiejętność bierna  (nieużywana) | | | | | | |
| A | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| B | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| C | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| Inna: *(Jaka?)*  ................................ | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| **15. Proszę wymienić inne posiadane przez Pana/-ią umiejętności:**  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RODZAJ POSZUKIWANEJ PRACY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **16. Proszę określić rodzaj poszukiwanej pracy:**  stacjonarna  telepraca *(praca za pośrednictwem Internetu)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Biurowa** | | | | | **Informatyczna** | | | | | | | | **Fizyczna** | | | | | |
| Pracownik biurowy | | | | | Informatyk | | | | | | | | Pracownik ochrony/portier | | | | | |
| Kadry i płace | | | | | Grafik/Grafik DTP | | | | | | | | Pracownik sprzątający | | | | | |
| Księgowość | | | | | Programista | | | | | | | | Pracownik produkcji (pakowacz/konfekcjoner) | | | | | |
| Pracownik recepcji | | | | | Webmaster | | | | | | | | Magazynier | | | | | |
| Wprowadzanie danych | | | | | Administrator sieci | | | | | | | | Kasjer/Sprzedawca | | | | | |
| Telemarketer/ankieter | | | | | Trener IT/wykładowca | | | | | | | | Pracownik restauracji | | | | | |
| Przedstawiciel handlowy | | | | | Inne *(Jakie?)*…………………… | | | | | | | | Kucharz/pomoc kuchenna | | | | | |
| Inne *(Jakie?)*……………………. | | | | |  | | | | | | | | Inne *(Jakie?)*………… | | | | | |
| **Jeśli jest Pan/Pani zainteresowany otrzymywaniem nowych ofert pracy z wybranych kategorii, prosimy o podanie adresu e-mail:**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883) dla potrzeb niezbędnych do realizacji, ewaluacji i monitoringu projektów realizowanych przez Fundację Aktywizacja.  **Data…………………………….. Podpis…………………………….……………**  **Podpis opiekuna prawnego**[[1]](#footnote-1)**................................................................................** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. W przypadku wypełnienia formularza zgłoszeniowego przez osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną sądowo, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-1)