



Projekt Profesjonalni niepełnosprawni na Dolnym Śląsku
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

ANKIETA ZGŁOSZENIOWA
do projektu „Profesjonalni niepełnosprawni na Dolnym Śląsku”

DANE OSOBOWE		
Imię:		
Nazwisko:		
Data urodzenia:		
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
Numer PESEL:		
Miejsce urodzenia:		
DANE TELEADRESOWE		
Miejsce zameldowania:		
Ulica:		
Nr domu:		
Nr lokalu:		
Kod pocztowy:		
Nazwa miejscowości:		
Typ miejscowości:	<input type="checkbox"/> Miasto	<input type="checkbox"/> Wieś
Powiat		
Gmina		
Dzielnica		
Województwo:		
Miejsce zamieszkania: <i>(Prosimy o wypełnienie, jeśli inne niż powyżej.)</i>		
Ulica:		
Nr domu:		
Nr lokalu:		
Kod pocztowy:		



Projekt Profesjonalni niepełnosprawni na Dolnym Śląsku
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Nazwa miejscowości:	
Typ miejscowości:	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś
Powiat	
Gmina	
Dzielnica	
Województwo:	
Dane kontaktowe:	
Numer telefonu stacjonarnego (wraz z numerem kierunkowym):	
Numer telefonu komórkowego:	
Adres e-mail:	
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI <i>(Proszę postawić krzyżyk (X) przy wybranych odpowiedziach.)</i>	
1. Proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności:	
<u>Orzeczenia Powiatowych Zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności</u>	
<input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności (dawna I grupa inwalidzka) <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności (dawna II grupa inwalidzka) <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności (dawna III grupa inwalidzka)	
<u>Orzeczenia lekarzy Orzeczników ZUS</u>	
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	
Orzecznictwo KRUS (orzeczenie wydane do 31.12.1997r.)	
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Orzecznictwo Wojskowe (orzeczenie wydane do 31.12.1997r.)	
<u>Orzeczenie ważne do dnia.....</u>	
2. Proszę zaznaczyć rodzaj niepełnosprawności według kategorii w orzeczeniu (można wybrać więcej niż jeden):	
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma lub słabowidząca <input type="checkbox"/> osoba niesłysząca lub słabosłysząca <input type="checkbox"/> osoba z uszkodzeniem narządu ruchu <input type="checkbox"/> osoba ze schorzeniem narządów wewnętrznych <input type="checkbox"/> osoba z epilepsją <input type="checkbox"/> osoba ze schorzeniem psychicznym <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością intelektualną <input type="checkbox"/> osoba z orzeczeniem z ogólnego stanu zdrowia <input type="checkbox"/> inne rodzaje niepełnosprawności (<i>nie wymienione powyżej</i>):	



3. Uczestnictwo w:

- Warsztatach Terapii Zajęciowej w okresie od do
- Zakładzie Aktywności Zawodowej w okresie od do
- nie dotyczy

STATUS NA RYNKU PRACY

4. 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

5. Jestem opiekunem osoby zależnej (oznacza osobę wymagającą - ze względu na stan zdrowia lub wiek, np. dziecko do lat 7 – stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem):

- tak
- nie

WYKSZTAŁCENIE I ZAWÓD

6. Proszę wybrać poziom wykształcenia jaki Pan/i posiada:

- podstawowe
- gimnazjalne
- zasadnicze zawodowe
- średnie
- średnie zawodowe
- policealne/pomaturalne
- licencjat
- wyższe
- studia podyplomowe/doktorat
- inne (jakie)?.....

7. Jaki jest Pan/i zawód wyuczony?

8. Jaki jest Pana/i zawód wykonywany?

9. Proszę wpisać nazwy i rodzaje szkół oraz daty ich ukończenia:

Nazwa i rodzaj szkoły	Miejscowość	Data ukończenia

10. Proszę wpisać w tabelę swoje doświadczenia zawodowe/staże/praktyki:

Okres zatrudnienia	Stanowisko	Nazwa pracodawcy	Zakres obowiązków



Projekt Profesjonalni niepełnosprawni na Dolnym Śląsku
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Biurowa	Informatyczna	Fizyczna
<input type="checkbox"/> Pracownik biurowy	<input type="checkbox"/> Informatyk	<input type="checkbox"/> Pracownik ochrony/portier
<input type="checkbox"/> Kadry i płace	<input type="checkbox"/> Grafik/Grafik DTP	<input type="checkbox"/> Pracownik sprząający
<input type="checkbox"/> Księgowość	<input type="checkbox"/> Programista	<input type="checkbox"/> Pracownik produkcji (pakowacz/konfeksjoner)
<input type="checkbox"/> Pracownik recepcji	<input type="checkbox"/> Webmaster	<input type="checkbox"/> Magazynier
<input type="checkbox"/> Wprowadzanie danych	<input type="checkbox"/> Administrator sieci	<input type="checkbox"/> Kasjer/Sprzedawca
<input type="checkbox"/> Telemarketer/ankieter	<input type="checkbox"/> Trener IT/	<input type="checkbox"/> Pracownik restauracji
<input type="checkbox"/> Przedstawiciel handlowy	<input type="checkbox"/> Inne (jakie?)	<input type="checkbox"/> Kucharz/pomoc kuchenna
<input type="checkbox"/> Inne (jakie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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

Oświadczenie:

Oświadczam, że jestem osobą nieaktywną zawodowo tj. osobą pozostającą bez zatrudnienia (osoba w wieku 18-64 niezatrudniona, niewykonywająca innej pracy zarobkowej, zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy), która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni.

.....
(data i podpis)

Oświadczenie:

Oświadczam, że zamieszkuję na terenie województwa dolnośląskiego.

.....
(data i podpis)

Oświadczenie:

Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią.

.....
(data i podpis)

Podpis opiekuna prawnego ¹

¹ W przypadku wypełnienia formularza zgłoszeniowego przez osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną sądownie, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**Fundacja
Aktywizacja**

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt **Profesjonalni niepełnosprawni na Dolnym Śląsku**
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Centrum Edukacji i Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych we Wrocławiu

pl. Strzelecki 25
50-224 Wrocław

t: +48 511 944 243

wroclaw@idn.org.pl
www.aktywizacja.org.pl