Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywni na co dzień - wsparcie dla osób bezrobotnych powyżej 30 roku życia w Siemianowicach Śląskich”

**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA**

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za zainteresowanie projektem ,,Aktywni na co dzień - wsparcie dla osób bezrobotnych powyżej 30 roku życia w Siemianowicach Śląskich”. Informujemy, że złożenie ankiety zgłoszeniowej **nie jest** równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie. W celu zbadania Państwa oczekiwań i potrzeb prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich pól ankiety, a w pola wyboru
ze znakiem [ ]  proszę wstawić ,,X”.

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE** |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Wiek w chwili składania ankiety:** |  |
| **Płeć:** | **Kobieta** [ ] **Mężczyzna** [ ]  |
| **Numer PESEL:** |  |
| **DANE TELEADRESOWE** |
| **Miejsce zameldowania:** |
| **Ulica:** |  |
| **Nr budynku:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Nazwa miejscowości:** |  |
| **Województwo:** |  |
| **Kraj:** |  |
| **Miejsce zamieszkania:** *(Prosimy o wypełnienie, jeśli inne niż powyżej.)* |
| **Ulica:** |  |
| **Nr budynku:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Nazwa miejscowości:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Województwo:** |  |
| **Kraj:** |  |
| **Dane kontaktowe** |
| **Numer telefonu stacjonarnego****(wraz z numerem kierunkowym):**  |  |
| **Numer telefonu komórkowego:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **1. Przynależność do grupy docelowej projektu** *(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź*):[ ]  osoby powyżej 50 roku życia[ ]  kobiety (szczególnie powracające na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dziecka[ ]  osoby niepełnosprawne[ ]  osoby długotrwale bezrobotne[ ]  osoby o niskich kwalifikacjach (Szkoła podstawowa, Gimnazjum, Liceum, liceum profilowane,  technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa) |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (uzupełnić jeśli dotyczy)** |
| **2. Proszę zaznaczyć posiadany dokument poświadczający fakt bycia osobą niepełnosprawną (dotyczy tylko osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, prosimy o dołączenie do ankiety aktualnego dokumentu poświadczającego fakt bycia osobą niepełnosprawną lub oświadczenia):****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  |
| **3. Proszę zaznaczyć rodzaj niepełnosprawności według kategorii w orzeczeniu (dotyczy tylko osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności) -** *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.Bariery wynikające z niepełnosprawności:[ ]  architektoniczne,………………………………………………………………………………………………………………………………………………………[ ]  komunikacyjne……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….[ ]  techniczne………………………………………………………………………………………………………………………………………………………[ ]  inne, jakie?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** |
| **4. Jaki jest Pana/Pani status na rynku pracy** *(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź*):[ ]  bezrobotny,[ ]  uczący się w trybie stacjonarnym,[ ]  uczący się w trybie zaocznym. |
| **5. *Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni uczestniczył Pan/-ani w jakimś szkoleniu?***[ ]  nie,[ ]  tak, jakim? |
| **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[ ]  ponadgimnazjalne[ ]  policealne[ ]  studia krótkiego cyklu[ ]  studia licencjackie lub odpowiedniki[ ]  studia magisterskie lub odpowiedniki[ ]  inne (*jakie?):* …………………… | **8. Jaki jest Pana/i zawód wyuczony?** |
| **9. Jaki jest Pana/i zawód wykonywany?** |
| **8. Proszę wybrać swoje doświadczenie zawodowe (*Okres zatrudnienia)*:** |
| [ ]  brak[ ]  1-5 lat[ ]  powyżej 5 lat |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DODATKOWE**  |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **………………………………………………………****miejscowość, data** | **……………………………………………****własnoręczny czytelny podpis kandydata****lub pełnomocnika kandydata** |
| **WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU****Kryteria oceny po analizie ankiety i przeprowadzonej rozmowie****Doświadczenie zawodowe max: 5 pkt przyznano:……………………..****Kwalifikacje zawodowe max: 5 pkt przyznano:……………………..****Wykształcenie max: 5 pkt przyznano:……………………..****Orzeczenie o niepełnosprawności max: 3 pkt przyznano:……………………..****Kobieta                                                    max: 1 pkt      przyznano:……………………..****Dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej 🞎** TAK **🞎** NIE **🞎** NIE DOTYCZY**Max liczba punktów: 18 Przyznana łączna ilość punktów ……………………...** |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Podpis Doradcy zawodowego/ Rekrutera** ……………………………….………...........  |

Projekt realizowany jest przez Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą w Siemianowicach Śląskich, ul. Wyzwolenia 17, 41-106 Siemianowice Śląskie w ramach Osi priorytetowej VII *Regionalny rynek pracy*, Działanie 7.1 *Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu*, Poddziałanie 7.1.3 *Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia*. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.