**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU (FST) (wzór)\***

\* Wzór zawiera pola pozwalające na zebranie minimalnego zakresu danych niezbędnych do prawidłowego wypełnienia Formularza Monitorowania Projektu

|  |
| --- |
| **NAZWA BENEFICJENTA:** |
| Wielkopolska Izba Rzemieślnicza w Poznaniu |
| **TYTUŁ PROJEKTU:** |
| Wzmocnienie potencjału organizacji rzemiosła – sieci partnerów społecznych |
| **NR PROJEKTU:** |
| FEWP.06.17-IZ.00-0007/24 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ UCZESTNIKA** | INDYWIDUALNY |  | PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU | | x |
| **NAZWA PODMIOTU** (jeśli zaznaczono pole pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu) | |  | | | |
| **ADRES E-MAIL** | |  | | | |
| **TELEFON** | |  | | | |
| **NIP** | |  | | | |
| **DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE** (za datę rozpoczęcia udziału w projekcie uznaję się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia) | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ** | |  | | | | | | | | | |
| **NAZWISKO** | |  | | | | | | | | | |
| **PESEL/INNY IDENTYFIKATOR** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PŁEĆ** | **MĘŻCZYZNA** | |  | **KOBIETA** | |  | **WIEK**  (w chwili przystąpienia do projektu) | | | |  |
| **WYKSZTAŁCENIE:** | **ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2)** (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum) | | | | | | | | | |  |
| **PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4)**  (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną) | | | | | | | | | |  |
| **WYŻSZE (ISCED 5–8)**  (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie) | | | | | | | | | |  |
| **DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY**  (Dotyczy rodziców/opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby nieletniej lub osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie) | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ** | | | | | |  | | | | | |
| **NAZWISKO** | | | | | |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA** | |
| WOJEWÓDZTWO |  |
| POWIAT |  |
| GMINA |  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA |  |
| NR BUDYNKU |  |
| NR LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |
| ADRES E-MAIL UCZESTNIKA |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | | | | |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**  **(należy wybrać właściwe)** | | | | |
| **OSOBA BIERNA ZAWODOWO**  tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną | | | |  |
| W TYM | | | OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU |  |
| W TYM | | | OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE  - studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące  - dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących  - doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych |  |
| W TYM | | | INNE |  |
| **OSOBA BEZROBOTNA**  - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia | | | |  |
| W TYM | | OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA  tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego | |  |
| W TYM | | INNE | |  |
| **OSOBA PRACUJĄCA** | | | |  |
| W TYM | OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ  (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA) | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA) | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA) | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ | | |  |
| W TYM | INNE | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| MAJĄC NA CELU UMOŻLIWIENIE UDZIAŁU W WYDARZENIU OSOBOM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI, W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBOM: Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ, NIEWIDOMYCH I SŁABOWIDZĄCYCH, GŁUCHYCH I SŁABOSŁYSZĄCYCH, Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ, Z ZABURZENIAMI LUB CHOROBAMI PSYCHICZNYMI, Z TRUDNOŚCIAMI KOMUNIKACYJNYMI, PROSIMY O WSKAZANIE PONIŻEJ SPECJALNYCH POTRZEB, KTÓRE POWINNIŚMY ZAPEWNIĆ W CELU UMOŻLIWIENIA DOSTĘPU DO FUNDUSZY UNIJNYCH W ZAKRESIE UDZIAŁU, UŻYTKOWANIA, ZROZUMIENIA, KOMUNIKOWANIA SIĘ, SKORZYSTANIA Z ICH EFEKTÓW. | |
| NIE DOTYCZY |  |
| TAK, PRZESTRZEŃ DOSTOSOWANA DO NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI RUCHOWYCH |  |
| TAK, ZAPEWNIENIE SYSTEMU WSPOMAGAJĄCEGO SŁYSZENIE |  |
| TAK, ALTERNATYWNE FORMY MATERIAŁÓW |  |
| TAK, ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO |  |
| INNE, PODAĆ JAKIE |  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE** |
| W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………… | ………………………………………………………………………… |
| Data | Czytelny podpis uczestnika projektu |