

Projekt: „Od motywacji i samopomocy do rynku pracy”, nr Projektu: WND-POKL.07.02.01-20-168/10  
 Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
 CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### DO PROJEKTU „OD MOTYWACJI I SAMOPOMOCY DO RYNKU PRACY”

Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami i zaznaczenie krzyżykiem (X) odpowiednich pól

<b>Podstawowe dane osobowe:</b>			
Imię		Nazwisko	
PESEL		NIP	
Data i miejsce urodzenia		Jestem osobą niepełnosprawną	TAK/NIE
<b>Adres zamieszkania:</b>			
Miejscowość /Gmina		Kod pocztowy	
Ulica		Nr domu/nr lokalu	
Nr telefonu		e-mail	
<b>Wykształcenie:</b>			
brak	<input type="checkbox"/>	plomaturalne	<input type="checkbox"/>
podstawowe, gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	wyższe	<input type="checkbox"/>
ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>	Inne .....	
<b>Jestem osobą:</b>			
<b>bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy</b>	<input type="checkbox"/>	<b>niezatrudnioną korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej</b>	<input type="checkbox"/>

### WARSZTATY OBOWIĄZKOWE

Lp.	Tematyka warsztatów	Opis	L. godz.	
1	Indywidualne Plany Działania Zawodowego	Diagnoza osobowości zawodowej, wskazanie wartości zawodowych i potencjałów, opracowanie Indywidualnych Planów Rozwoju Zawodowego	4	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Doradztwo zawodowe	Metody aktywnego poszukiwania pracy, przygotowanie dokumentów aplikacyjnych	16	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Kuźnia Optymizmu	Warsztaty psychologiczne mające na celu zmotywowanie do działania, wyznaczania celów życiowych i planowania życia zawodowego.	20	<input checked="" type="checkbox"/>

### Skorzystasz z konsultacji:

Psychologa	<input type="checkbox"/>	Doradcy zawodowego	<input type="checkbox"/>
Pedagoga	<input type="checkbox"/>	Prawnika	<input type="checkbox"/>

**Wezmę udział w Stażu** – to zdobycie umiejętności i doświadczeń w wybranym zawodzie. Otrzymasz bilet miesięczny, ubezpieczenie, książeczkę zdrowia. Czas pracy to: 6 godz. dziennie, 30 godz. tygodniowo (3 lub 6 miesiące).  TAK  NIE

**Zgłaszam potrzebę zapewnienia opieki nad moimi dziećmi (do 7 roku życia):**

L.p	Data urodzenia dziecka	imię i nazwisko dziecka	L.p	Data urodzenia dziecka	imię i nazwisko dziecka
1			3		
2			4		

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Miejscowość, data .....

Czytelny podpis .....