**Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu pilotażowego**

pn. *„System weryfikacji predyspozycji zawodowych jako*

*instrument pomocy osobom nieaktywnym zawodowo”*

**Deklaracja udziału w Projekcie pilotażowym**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Dane uczestnika** | | | | | | | | | | | |
| Imię/Imiona |  | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Płeć | K  M | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie | brak  podstawowe/gimnazjalne  średnie zawodowe  średnie ogólnokształcące  zasadnicze zawodowe/branżowe  policealne  wyższe (w tym licencjat) | | | | | | | | | | |
| Zawód wyuczony |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Dane teleadresowe** | | | | | | | | | |
| Ulica | |  | | | Nr domu |  | | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy | |  | Miejscowość | |  | | | | |
| Województwo |  | | | Powiat | | |  | | |
| Tel. stacjonarny |  | | | Tel. komórkowy | | |  | | |
| e-mail |  | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Dane dodatkowe** | |
| Status na rynku pracy | Osoba bezrobotna i poszukująca pracy zarejestrowana w Powiatowym/Miejskim Urzędzie Pracy  Tak  Nie  w tym:  kobiety powracające na rynek pracy po urodzeniu dziecka, urlopie macierzyńskim lub wychowawczym, w okresie bierności zawodowej związanym z wychowaniem dzieci |
| Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | Nie posiadam  Posiadam niepełnosprawność w stopniu:  lekkim  umiarkowanym  znacznym  Potrzebuję dodatkowych dostosowań w miejscu pracy  Tak  Nie  Jeśli Tak to jakich:  ………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………... |
| Źródło informacji o projekcie | plakat/ulotka  reklama w prasie  reklama w radio  reklama w tv  informacja w PUP/MUP  inne, wskazać jakie ……………………………………………………………… |
| Zapoznałem się z Regulaminem udziału w projekcie i w całości akceptuję jego zapisy. | Tak  Nie |

…………………………………. ……….……………………………………

Miejscowość i data Podpis osoby składającej deklarację