



## KARTA REKRUTACYJNA

LP.	NAZWA
1	<b>Czas na zmiany - program aktywizacji osób bezrobotnych i biernych zawodowo o niskich kwalifikacjach (I)</b>
2	Nr projektu: WND-RPSL.07.01.03-24-0197/15
3	Priorytet VII. Regionalny rynek pracy
4	Działanie 7.1. Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu
5	Poddziałanie 7.1.3. Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia

### Dane wypełniane przez Uczestnika Projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS:

DANE UCZESTNIKA		
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
4	Wiek	
5	PESEL	
6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
7	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
DANE KONTAKTOWE		
8	Ulica	
9	Nr domu	
10	Nr lokalu	
11	Miejscowość	
12	Obszar	<input type="checkbox"/> Wiejski <input type="checkbox"/> Miejski
13	Kod pocztowy	
14	Województwo	
15	Powiat	
16	Gmina	



17	Telefon stacjonarny	
18	Telefon komórkowy	
19	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
<b>STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>		
20	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy nieprzerwanie przez okres min. 12 miesięcy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca	
<b>DANE DODATKOWE</b>		
21	Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
22	Posiadanie statusu imigranta	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
23	Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis



**Dane wypełniane przez organizatora projektu:**

Rodzaj przyznanego wsparcia	<input type="checkbox"/> Doradztwo zawodowe <input type="checkbox"/> Coaching <input type="checkbox"/> Szkolenia z kompetencji miękkich <input type="checkbox"/> Szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> Pośrednictwo zawodowe
Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> NIE
Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> NIE
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia	