**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**  **Dane osobowe kandydata/-ki do projektu** | | | | | | | | |
| IMIĘ | | | | | | | | |
| NAZWISKO | | | | | | | | |
| DATA I MIEJSCE URODZENIA | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | |
| **WYKSZTAŁCENIE** | | 🞏 BRAK | | | 🞏 GIMNAZJALNE  (ISCED 2) ★ | | 🞏 POMATURALNE  (ISCED 4)★ -ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym | |
| 🞏 PODSTAWOWE  **(ISCED 1)** ★ | | | | | 🞏 PONADGIMNAZJALNE  **(ISCED3)** ★ ( ukończone na poziomie szkoły średniej- liceum, technikum, szkoła zawodowa) | | 🞏 WYŻSZE  (ICSED 5-8) ★ | |
| **Dane teleadresowe kandydata/ki do projektu(** miejsce zamieszkania w rozumieniu art.25 Kodeksu Cywilnego - miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu. | | | | | | | | |
| ULICA | | | | | | | | |
| NUMER DOMU/LOKALU | | | | | | | | |
| MIEJSCOWOŚĆ | | | | | | | | |
| POWIAT | | | | | GMINA | | | |
| KOD POCZTOWY | | | | POCZTA | | | | |
| WOJEWÓDZTWO | | | | | | | | |
| NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO | | | | | | | | |
| E-MAIL | | | | | | | | |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** | **🞏** OSOBA BIERNA ZAWODOWO | | **🞏** OSOBA PRACUJĄCA | | | **🞏** OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY | | **🞏** OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY |

★Zgodnie z Międzynarodowym Standardem Klasyfikacji Kształcenia

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE STATUSU NA RYNKU PRACY** | | | | | | |
| 1. Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy? | | | 🞏  tak | | | 🞏  nie |
| 2. Czy jest Pan/pani osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy? | | | 🞏  tak | | | 🞏  nie |
| 2. a) Czy jest Pan/Pani osobą długotrwale bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy? | | | 🞏  tak | | | 🞏  nie |
| 3. Czy jest Pan/Pani osobą pracującą? | | | 🞏  tak | | | 🞏  nie |
| Jeśli jest Pan/i osobą pracującą proszę podać miejsce pracy:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | |
| 4. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w pkt. 3 **proszę podać swój status na rynku pracy**  🞏 Jestem osobą pracującą w administracji rządowej  🞏 Jestem osobą pracującą w administracji samorządowej  🞏 Jestem osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie  🞏 Jestem osobą pracującą w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie  🞏 Jestem osobą pracującą w organizacji pozarządowej  🞏 Jestem osobą prowadzącą działalność na własny rachunek  🞏 Jestem osobą pracującą w POZ  🞏 inna odpowiedź | | | | | | |
| 5. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 3 **proszę podać wykonywany zawód;**  🞏 instruktor praktycznej nauki zawodu  🞏 kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  🞏 nauczyciel kształcenia ogólnego  🞏 nauczyciel kształcenia zawodowego  🞏 nauczyciel wychowania przedszkolnego  🞏 pracownik instytucji rynku pracy  🞏 pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  🞏 pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  🞏 pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  🞏 pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  🞏 pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej  🞏 rolnik  🞏 lekarz  🞏 lekarz dentysta  🞏 pielęgniarka/położna  🞏 inny ( jaki?)……………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |
| 6. Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem lub osobą obcego pochodzenia?  ( Istnieje możliwość odmowy podania danych) | | 🞏  tak | 🞏  nie | | 🞏  odmowa | |
| 7. Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkania? | | 🞏  tak | | 🞏  nie | | |
| 8. Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnościami?  (Istnieje możliwość odmowy podania danych) | | 🞏  tak | 🞏  nie | | 🞏  odmowa | |
| 12. Czy jest Pan/Pani osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  (innej niż wymienione powyżej)?(istnieje możliwość odmowy podania danych) | | 🞏  tak | 🞏  nie | | 🞏  odmowa | |
| **Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.** | | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Miejscowość i data | Czytelny podpis Kandydata | | | | | |