**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 |