

Klinika ffx Grażyna Maria Nowak ul. Jurija Gagarina 30/7, 00-754 Warszawa

ANKIETA REKRUTACYJNA

Numer projektu	RPPM.05.05.00-22-0173/19
Tytuł projektu	„Nowe kwalifikacje pomorskich pielęgniarek”

Nazwa wsparcia Zaznacz właściwe !!!!	„Szczepienia ochronne dla pielęgniarek” " „Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą” „Wykonanie badania spirometrycznego” „Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów”
---	---

Imię:	Nazwisko:	Płeć*: M K										
Data i miejsce urodzenia: _ _ - _ - _		Wiek w latach:										
PESEL	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Dane do kontaktu (przynajmniej jedno pole wypełnić obowiązkowo):
Adres zamieszkania (z dowodu tożsamości) : ul. _____ nr _____ miejsowość _____ (miasto* / wieś) kod pocztowy _ _ - _ _ _ _ poczta _____ powiat _____ województwo _____		numer telefonu (domowy): _____ lub telefon komórkowy: _____ e-mail _____										
Osoba niepełnosprawna – Tak /Nie/ odmawiam podania danych) (posiadająca stwierdzony stopień niepełnosprawności)		Poziom wykształcenia <input type="checkbox"/> brak lub niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> średnie (zasadnicze zawodowe, średnie zawodowe, średnie ogólnokształcące) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe (licencjat, mgr) inne										
Oświadczenia: Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia - tak/nie/odmawiam podania danych Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań - tak/nie Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) - tak/nie/odmawiam podania danych (pochodzenie z obszarów wiejskich, byli więźniowie, narkomani itp.). Kobieta powracająca do pracy po urodzeniu dziecka - tak/nie												

* Właściwe zakreślić

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu *

1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy - **tak/nie**

W tym: długotrwale bezrobotna – **tak/nie** ,
inne - **tak/nie**

2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – **tak/nie**

W tym: długotrwale bezrobotna * – **tak/nie**
inne – **tak/nie**

3. Bierna zawodowo - **tak/nie**

W tym : inne - **tak/nie**

osoba ucząca się - **tak/nie**

osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu – **tak/nie**

4. Osoba pracująca – **tak/nie**

W tym : osoba pracująca w administracji rządowej - **tak/nie**

osoba pracująca w administracji samorządowej - **tak/nie**

inne - **tak/nie**

osoba pracująca w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (MMŚP) – (do 250 osób) - **tak/nie**

osoba pracująca w organizacji pozarządowej - **tak/nie**

osoba prowadząca działalność na własny rachunek - **tak/nie**

osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 250 osób) - **tak/nie**

***Młodzież – poniżej 25 lat - osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy.**

Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy

5. Zobowiązuję się jako uczestnik Projektu, do przekazania informacji dotyczącej mojej sytuacji na rynku pracy w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie .

1. Oświadczam, że:

– Zapoznałem/lam się z Regulaminem i zasadami udziału w w/w projekcie i wyrażam wolę na uczestnictwo w nim.

– Zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w projekcie.

– **Zostałem/lam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego.**

– Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym,

– Mam świadomość, że egzamin może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.

2. Oświadczam, że moim miejscem

- **zamieszkania** (w rozumieniu kodeksu cywilnego, Art. 25. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.),

- **pobytu - osoby bezdomne**

jest :

.....
(proszę podać nazwę miejscowości i adres) (osoby bezdomne – miejscowość)

3. Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za składanie danych nieprawdziwych

4. Deklaruję dobrowolną chęć przystąpienia z dniem dzisiejszym z własnej inicjatywy w charakterze Uczestnika do projektu „Nowe kwalifikacje pomorskich pielęgniarek” realizowanego przez firmę **Klinika ffx Grażyna Maria Nowak** poza godzinami pracy.

Data

Podpis Uczestnika projektu

* Właściwe zakreślić