



FORMULARZ REKRUTACYJNY

prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo
odpowiadając na wszystkie pytania

OMNIA Centrum Edukacji sp. z o.o.
Al. Wojska Polskiego 63, 70-476 Szczecin
Tel. 914338966

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: ____ . ____ . ____ - ____ - ____

DANE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA:

1.	IMIĘ												
2.	NAZWISKO												
3.	PESEL												
4.	BRAK PESELU	<input type="checkbox"/>											
5.	PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEȚA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA											
6.	WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU												
7.	WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE											

DANE KONTAKTOWE:

1.	WOJEWÓDZTWO												
2.	POWIAT												
3.	GMINA												
4.	MIEJSCOWOŚĆ												
5.	ULICA												
6.	NR BUDYNKU												
7.	NR LOKALU												
8.	KOD POCZTOWY												
9.	TELEFON KONTAKTOWY												
10.	ADRES E-MAIL												

Biuro projektu:

OMNIA Centrum Edukacji sp. z o.o., Al. Wojska Polskiego 63, 70-476 Szczecin,
Nr tel.: 91 4338966, E-mail: biuro@omnia-ce.eu



DANE DODATKOWE:

1.	STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:	<p>X OSOBA BIERNA ZAWODOWO W TYM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU <input type="checkbox"/> OSOBA UCZĄCA SIĘ <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W TYM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ <input type="checkbox"/> OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK <input type="checkbox"/> INNE <p><u>WYKONYWANY ZAWÓD</u> (WYPEŁNIĆ JEDYNIEM W PRZYPADKU ZAZNACZENIA „OSOBA PRACUJĄCA“):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> INSTRUKTOR PRAKTYCZNE NAUKI ZAWODU <input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO <input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO <input type="checkbox"/> PRACOWNIK KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO <input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA <input type="checkbox"/> KLUCZOWY PRACOWNIK INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ <input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI RYNKU PRACY <input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SZKOLNICTWA WYŻSZEGO <input type="checkbox"/> INNY <p>ZATRUDNIONY W (WYPEŁNIĆ JEDYNIEM W PRZYPADKU ZAZNACZENIA „OSOBA PRACUJĄCA“):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><i>(nazwa firmy)</i></p>
----	---	--

Biuro projektu:

OMNIA Centrum Edukacji sp. z o.o., Al. Wojska Polskiego 63, 70-476 Szczecin,
 Nr tel.: 91 4338966, E-mail: biuro@omnia-ce.eu



2.	STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:	<p>OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK</p> <p>-----</p> <p>OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>-----</p> <p>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK</p> <p>-----</p> <p>OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK</p>
3.	Średnia ocen za ostatni rok szkolny z przedmiotów ogólnych	

Oświadczenia:

- Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować **OMNIA Sp. z o.o., al. Wojska Polskiego 63, 70-476 Szczecin** w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczone o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**
- Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt pn. „**WIEDZA I PRAKTYKA kluczem do sukcesu**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działań realizowanych w związku z projektem.
- Oświadczam, że jestem uczniem/uczennicą Technikum Fryzjerskiego OMNIA.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU¹

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKT

¹ W przypadku gdy uczestnik projektu nie ma ukończonych 18 lat, Formularz zgłoszeniowy podpisuje także jego rodzic/prawny opiekun.

Biuro projektu:

OMNIA Centrum Edukacji sp. z o.o., Al. Wojska Polskiego 63, 70-476 Szczecin,
Nr tel.: 91 4338966, E-mail: biuro@omnia-ce.eu