

**Załącznik do 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie:  
„Przeciwdziałania przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej  
pracujące w Starostwie Powiatowym w Kielcach”**

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

Formularz Rekrutacyjny należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI,  
puste kwadratowe pola wypełnić krzyżykiem  
**NIEKOMPLETNI WYPEŁNIONE FORMULARZE NIE BĘDĄ  
PODLEGAŁY DALSZEJ WERYFIKACJI**

Data i godzina złożenia

### I. Informacje o projekcie:

Projekt „**Przeciwdziałania przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej pracujące w Starostwie Powiatowym w Kielcach**”, jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 8 Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo, Działanie 8.2 Aktywne i zdrowe starzenie się, Poddziałanie 8.2.1 Przeciwdziałanie przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej.

Projekt realizowany jest przez **Powiat Kielecki - Starostwo Powiatowe w Kielcach**.

### II. Dane osobowe kandydata/kandydatki:

Imię: ..... Nazwisko: .....

PESEL: .....

Data urodzenia: .....

Płeć:  KOBIETA  MĘŻCZYZNA

#### Adres zamieszkania:

Ulica:..... Nr domu:..... Nr lokalu:.....

Miejscowość: ..... Kod pocztowy: .....

Województwo: ..... Powiat: .....

Gmina: .....

Telefon kontaktowy: .....

e-mail: .....

**Wykształcenie:**  podstawowe;  gimnazjalne;  ponadgimnazjalne;  policealne  
 wyższe

Oświadczam, że jestem zatrudniony w Starostwie Powiatowym w Kielcach od dnia:

.....

Wykonywany zawód: .....

Stanowisko pracy: .....

### Informacje dodatkowe:

- jestem osobą, która ukończyła 50 r.ż.;
- posiadam orzeczenie o niepełnosprawności - ważne na dzień przystąpienia do projektu;
- jestem osobą z deficytem narządu wzroku (weryfikacja na podstawie zaświadczenia lekarskiego);
- jestem osobą ze stwierdzonymi deficytami kostno-stawowymi i/lub problemami z sercem, naczyniami krwionośnymi, układem krążenia (weryfikacja na podst. orzeczenia o niepełnosprawności /zaświadczenia lekarskiego od lekarza POZ/specjalisty/lekarza medycyny pracy);

<b>Status Uczestniczki/ka Projektu w chwili przystąpienia do projektu.</b>	
<b>Oświadczam, że jestem (zaznaczyć wszystkie, które dotyczą):</b>	
<b>Zatrudniony/a w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</li><li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</li><li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w Mikro, Małym, Średnim Przedsiębiorstwie</li><li><input type="checkbox"/> osoba pracującą w organizacji pozarządowej</li><li><input type="checkbox"/> osoba prowadzącą działalność na własny rachunek</li><li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li><li><input type="checkbox"/> inna (w tym rolnik, domownik rolnika)</li></ul>	<b>1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <b>2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <b>3. Osoba z niepełnosprawnościami</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <b>4. Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej- innej niż wymienione powyżej</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....

miejsowość i data

.....

czytelny podpis uczestnika