***Załącznik nr 1 do Regulaminu
 Projektu”Dla Rodziny”***

 **FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU**

**„DLA RODZINY”**

realizowanego w okresie od **01.05.2019 r. do 30.04.2021** r. w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa IX. Włączenie społeczne, Działanie IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie IX.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | PESEL |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Płeć |  Kobieta / Mężczyzna |  |  |
| Adres | Miejscowość | Kod pocztowy | Województwo |
|  |  |  |
| Ulica: | Nr budynku | Nr lokalu |
|  |  |  |
| Adres e-mail | Telefon kontaktowy |
|  |  |
| Wykształcenie*właściwe zaznaczyć krzyżykiem* | Niższe niż podstawowe |  |
| Podstawowe |  |
| Gimnazjalne |  |
| Ponadgimnazjalne |  |
| Policealne |  |
| Wyższe |  |

|  |
| --- |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: |
| *zaznaczyć właściwe krzyżykiem* | TAK | NIE |
| **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy** w tym: |  |  |
| Osoba długotrwale bezrobotna |  |  |
| inne |  |  |
| **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** w tym: |  |  |
| Osoba długotrwale bezrobotna |  |  |
| inne |  |  |
| **Osoba bierna zawodowo** w tym: |  |  |
| Osoba ucząca się |  |  |
| Osoba nie uczestnicząca w kształceniu i szkoleniu |  |  |
| Inne |  |  |
| **Osoba pracująca** w tym |  |  |
| Osoba pracująca w administracji rządowej |  |  |
| Osoba w administracji samorządowej |  |  |
| Osoba pracująca w MMŚP |  |  |
| Osoba pracująca w organizacji pozarządowej |  |  |
| Osoba prowadząca działalność na własny rachunek |  |  |
| Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |  |  |
| Inne |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonywany zawód** *(zaznaczyć właściwe krzyżykiem)* |  |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu |  |  |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego |  |  |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego |  |  |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego |  |  |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia |  |  |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej |  |  |
| Pracownik instytucji rynku pracy |  |  |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |  |  |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej |  |  |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |  |  |
| Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej |  |  |
| rolnik |  |  |
| Inny |  |  |
| **Miejsce pracy:** |
|  |
| **Status**:*(zaznaczyć właściwe krzyżykiem)* | odmowa udzielenia informacji | TAK | NIE |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  |  |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  |  |  |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  |  |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| data wypełnienia | podpis uczestnika |
|  |  |
| podpis pracownika przyjmującego |