Załącznik nr 2

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

|  |
| --- |
| **Tytuł projektu: Dostępne kadry NGO** |
| **Nr projektu: FERS.04.12-IP.04-0019/24** |

## DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

|  |  |
| --- | --- |
| **Organizacja delegująca:** |  |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Obywatelstwo |  |
| PESEL/ Inny identyfikator |  |
| Płeć (K/M) |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w przypadku brakunumeru PESEL) |  |
| Adres zamieszkania / adres kontaktowy | Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica: |  |
| Numer budynku: |  |
| Numer lokalu: |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Wykształcenie (zaznacz poprawną odpowiedź) | □ Średnie lub niższe (ISCED 0-2) |
| □ Ponadgimnazjalne lub policealne (ISCED 3-4) |
| □ Wyższe (ISCED 5-8) |

|  |  |
| --- | --- |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznacz poprawną odpowiedź ) | □ Osoba pracującaNazwa pracodawcy (obowiązkowo): |
| Osoba bierna zawodowo□ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu□ Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie□ Inne (np. emeryt, rencista) |
| Osoba bezrobotna□ w tym długotrwale bezrobotna□ Inne |
| Osoba obcego pochodzenia (zaznacz poprawną odpowiedź) | □ Tak |
| □ Nie |
| Osoba państwa trzeciego (zaznacz poprawną odpowiedź) | □ Tak |
| □ Nie |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej w tym społeczności marginalizowane (zaznacz poprawną odpowiedź) | □Tak |
| □ Nie |
| □ Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (zaznacz poprawną odpowiedź) | □ Tak |
| □ Nie |
| □ Odmowa podania informacji |
| Osoba z niepełnosprawnościami (zaznacz poprawną odpowiedź) | □ Tak |
| □ Nie |
| □ Odmowa podania informacji |

ANKIETA POTRZEB ORAZ USPRAWNIEŃ dla osób z niepełnosprawnościami

Proszę określić bariery, potrzeby lub specjalne wymagania związane z udziałem w projekcie (jeśli dotyczy)

w zakresie materiałów szkoleniowych, jakie? ................................................................................

w zakresie szkoleń, jakie? ..............................................................................................

Inne, jakie? ....................................................................................................................................

Data: Podpis: