

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

Formularz rekrutacyjny

Ja, niżej podpisana/y :

(imię i nazwisko kandydata)

składam chęć udziału w pilotażowym szkoleniu do wykonywania pracy na stanowisku sekretarka/rz medyczna/y lub na innym stanowisku na którym realizowane są zadania związane m. in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej, w zakresie koordynacji administracji medycznej, realizowanego w ramach zadania drugiego projektu POWR.05.02.00-00-0007/19 pn. „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu szkolenia kadr administracyjnych na potrzeby systemu ochrony zdrowia”

w terminie:

(proszę wpisać termin szkolenia)

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam(-em) się z Regulaminem Rekrutacji oraz Regulaminem szkoleń i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w przedmiotowym szkoleniu, tj. w dniu podpisania niniejszego dokumentu, spełniam wszystkie kryteria rekrutacji określone w Regulaminie rekrutacji.

.....
(miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis kandydata)

		Dane kandydata
Imię i nazwisko		
Numer PESEL⁽¹⁾		
Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
Adres zamieszkania	Kraj	
	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Numer budynku	
	Numer lokalu	
Kod pocztowy		
Adres do korespondencji		
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	

	Dane kandydata
Status Pana/Pani na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> inny
Miejsce zatrudnienia	
Czy wykonuje Pan/Pani w swojej pracy zadania związane z dokumentacją medyczną?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy uczestniczył Pan/Pani w szkoleniu objętym wsparciem EFS?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)

	Dane kandydata
Czy należy Pan/Pani do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest Pan/Pani migrantem lub osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Czy jest Pan/Pani jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy Pan/Pani jest osobą z niepełnosprawnościami?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Czy Pan/Pani jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(data i podpis)

(1) W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego to