



Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 1/POKL/2012

Ankieta rekrutacyjna

Uczestnika/Uczestniczki Projektu „Wsparcie na starcie – program aktywizacji podopiecznych MOPS Ostróda” w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 - 2013, Priorytet VII. Promocja integracji społecznej, Działanie 7.1 Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji, Poddziałanie 7.1.1 Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez ośrodki pomocy społecznej, realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostródzie w latach 2011 – 2013.

Dane podstawowe	Imię i nazwisko
	Data urodzenia
	PESEL
Adres zamieszkania	Ulica, nr domu, nr lokalu
	Kod pocztowy, miejscowość
	Telefon kontaktowy, adres poczty e - mail
Dane dodatkowe	Stan cywilny
	Wykształcenie: brak <input type="checkbox"/> /podstawowe <input type="checkbox"/> /gimnazjalne <input type="checkbox"/> /ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> /pomaturalne <input type="checkbox"/> /wyższe <input type="checkbox"/>
	Zawód wyuczony:
	Zawody dotychczas wykonywane:
	Dodatkowe kwalifikacje, uprawnienia (np. ukończone kursy)
	Korzystam z pomocy społecznej w MOPS w Ostródzie - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
	Pracuję na umowę o pracę lub na zlecenie - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
	Jestem zarejestrowana/-y jako osoba bezrobotna w PUP - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
	W okresie ostatnich 24 miesięcy byłem/-am zarejestrowany/-a jako osoba bezrobotna w PUP przez okres: 0 -12 miesięcy <input type="checkbox"/> / 12 - 24 miesięcy <input type="checkbox"/>
	Posiadam kwalifikacje zawodowe - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
	Uczę się w systemie: dziennym <input type="checkbox"/> / zaocznym <input type="checkbox"/> / wieczorowym <input type="checkbox"/> / nie uczę się <input type="checkbox"/>
	Jestem zainteresowany/-a szkoleniami zawodowymi lub edukacyjnymi: (można wpisać dowolną ilość typu szkoleń)
	Mam orzeczoną stopień niepełnosprawności - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
	Jestem objęty/-ta wsparciem w ramach projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego- tak <input type="checkbox"/> /nie <input type="checkbox"/>
	Opiekuję się dzieckiem w wieku poniżej 7 lat lub osobą zależną- tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)