

Formularz zgłoszeniowy

Projekt "Akademia sprzedaży"

Data dostarczenia formularza:.....

Podpis osoby przyjmującej:.....

Dane podstawowe						
Imię		Drugie imię				
Nazwisko						
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta  <input type="checkbox"/> Mężczyzna		Wiek			
Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny		Rodzaj schorzenia lub symbol niepełnosprawności			
PESEL						
Adres zamieszkania	ulica					
	nr domu		nr lokalu			
	miescowosc					
	kod pocztowy		poczta			
	powiat		województwo			
	obszar	<input type="checkbox"/> Obszar <b>wiejski</b> - tereny położone poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy wiejsko – miejskiej  <input type="checkbox"/> Obszar <b>miejski</b> - miasta oraz część miejska gminy wiejsko – miejskiej				
Telefon kontaktowy	stacjonarny		komórkowy		E-mail	



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Akademia sprzedaży” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykształcenie				
<input type="checkbox"/> <b>podstawowe</b> <i>Wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej</i>	<input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne</b> <i>Wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>	<input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne</b> <i>Wykształcenie na poziomie szkoły średniej</i>	<input type="checkbox"/> <b>pomaturalne</b> <i>Wykształcenie na poziomie powyżej szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>	<input type="checkbox"/> <b>wyższe</b> <i>Wykształcenie na poziomie szkoły wyższej</i>
<b>Okres pozostawania bez pracy</b>		<input type="checkbox"/> od 1 do 6 miesięcy <input type="checkbox"/> powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy <input type="checkbox"/> powyżej 12 miesięcy		
<b>Przygotowanie zawodowe</b>		<input type="checkbox"/> nieuczestniczenie w ciągu ostatnich 5 lat w żadnych formach doksztalcania (kursy, szkolenia, warsztaty, staże zawodowe) <input type="checkbox"/> udział w ciągu ostatnich 5 lat w niewielu formach doksztalcania (kursy, szkolenia, warsztaty, staże zawodowe) – max.2 <input type="checkbox"/> udział w ciągu ostatnich 5 lat w kilku formach doksztalcania (kursy, szkolenia, warsztaty, staże zawodowe) – max.4		
Doświadczenie zawodowe:				
Zawód wyuczony:..... Zawód wykonywany w ostatnim miejscu pracy/ najdłużej* :..... <i>*właściwe podkreślić</i>  Firma:..... Okres:..... Stanowisko:..... Wymiar czasu pracy:.....				
informacje dodatkowe				
<b>Czy jest Pan/i rodzicem lub prawnym opiekunem przynajmniej 1 dziecka poniżej 7 roku życia lub osoby zależnej?</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
<b>Czy jest Pan/i migrantem</b>				



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Akademia sprzedaży” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Czy przynależy Pan/i do mniejszości narodowej lub etnicznej?</b>	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	
Czy jest Pan/i osobą pracującą, zatrudnioną na podstawie umowy o pracę i/lub innej umowy cywilno-prawnej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy prowadzi Pan/i własną działalność gospodarczą?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan/Pani rolnikiem lub domownikiem rolnika ubezpieczonego w KRUS?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan/i osobą pozostającą bez zatrudnienia zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy jako <b>osoba bezrobotna</b> ?	<input type="checkbox"/> Tak, w okresie/ okresach od ..... do obecnie. <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan/i zarejestrowany/na w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan/i osobą pozostającą bez zatrudnienia zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy jako <b>osoba poszukująca pracy</b> ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan/i osobą pozostającą bez zatrudnienia nie zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy (nieaktywną zawodowo)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan/i osobą uczącą się lub kształcącą?	<input type="checkbox"/> Tak dziennie, wieczorowo, w weekend* <input type="checkbox"/> Nie

\*Właściwe podkreślić



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Akademia sprzedaży” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Preferencje projektowe	
W jakim szkoleniu zawodowym chciałby/aby Pan/i uczestniczyć? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)	<input type="checkbox"/> sprzedawca-magazynier <input type="checkbox"/> sprzedawca z obsługa kas fiskalnych i terminali <input type="checkbox"/> handlowiec <input type="checkbox"/> kasjer-fakturzysta <input type="checkbox"/> doradca klienta
Jeśli nie byłoby już miejsc w wybranym przez Pana/ią szkoleniu zawodowym, w którym innym szkoleniu chciałby/aby Pan/i uczestniczyć? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)	<input type="checkbox"/> sprzedawca-magazynier <input type="checkbox"/> sprzedawca z obsługa kas fiskalnych i terminali <input type="checkbox"/> handlowiec <input type="checkbox"/> kasjer-fakturzysta <input type="checkbox"/> doradca klienta

Oczekiwania	
Dlaczego zdecydował/a się Pan/i na udział w projekcie?	
Czy ma Pan/i konkretne oczekiwania	
Źródło informacji o projekcie	
Skąd dowiedział/a się Pan/i o	<input type="checkbox"/> z urzędu pracy lub innej instytucji wspierającej osoby bezrobotne



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Akademia sprzedaży” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

projekcie?	<input type="checkbox"/> z pozarządowej instytucji działającej na rzecz osób niepełnosprawnych (jakiej?) .....
	<input type="checkbox"/> poprzez plakat informacyjny
	<input type="checkbox"/> poprzez ulotkę informacyjną
	<input type="checkbox"/> poprzez stronę internetową projektu
	<input type="checkbox"/> poprzez inną stronę internetową (jaką?).....
	<input type="checkbox"/> od znajomych
	<input type="checkbox"/> Inne źródła, jakie? .....

OŚWIADCZENIE	
<b>Oświadczam, że:</b>	
1. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.	
2. Zapoznałe(a)m się z Regulaminem projektu „Akademia sprzedaży” i akceptuję warunki Regulaminu.	
3. Zostałe(a)m poinformowany/a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.	
4. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.	
.....	.....
miejsowość, data	podpis



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Akademia sprzedaży” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI**

**do projektu: „Akademia sprzedaży”**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam że, kwalifikuję się do grupy Beneficjentów projektu realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, tj. Priorytet VII Promocja integracji społecznej, Działanie 7.4 Niepełnosprawni na rynku pracy, tj. spełniam łącznie następujące wymogi:

1. jestem osobą w wieku 18 – 64 lat;
2. jestem osobą posiadającą aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument\* potwierdzający moją niepełnosprawność oraz moja niepełnosprawność pozwala mi na podjęcie pracy; jestem zdolny/a i gotowy/a do podjęcia zatrudnienia;
3. nie jestem osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę oraz na podstawie umów prawa cywilnego (zlecenie, o dzieło)
4. nie prowadzę działalności gospodarczej
5. nie jestem rolnikiem bądź domownikiem rolnika ubezpieczonego w KRUS lub jestem rolnikiem/domownikiem rolnika i jednocześnie posiadam status osoby bezrobotnej (weryfikacja na podstawie zaświadczenia z Urzędu Pracy)/jestem osobą nieaktywną zawodowo
6. mieszkam na terenie województwa lubelskiego: powiat: m. Lublin, powiat lubelski, łęczyński, włodawski, lubartowski.

\* orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, orzeczenie Komisji ds. inwalidztwa i zatrudnienia oraz orzeczenie rentowego dla rolników KRUS;

\*\*właściwe zaznaczyć

.....

miejsceowość, data

.....

czytelny podpis uczestnika/czki projektu



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Akademia sprzedaży” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego