



**Formularz zgłoszeniowy
do projektu**

„Kształcimy profesjonalistów – kompleksowy program kształcenia skierowany do studentów, absolwentów oraz studentów niepełnosprawnych Uniwersytetu Gdańskiego”

Zadanie 5

Program szkoleń i staży dla niepełnosprawnych studentów z UG

ANKIETA REKRUTACYJNA

	Lp.	Nazwa	
Dane podstawowe	1	Imię	
	2	Nazwisko	
Dane dodatkowe	3	Jestem studentem UG	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	4	Uczę się w systemie	<input type="checkbox"/> nie uczę się <input type="checkbox"/> dziennym <input type="checkbox"/> zaocznym <input type="checkbox"/> wieczorowym
	5	Rok studiów	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
	6	Rok studiów – zaznaczyć jeśli dotyczy	<input type="checkbox"/> ostatni <input type="checkbox"/> przedostatni
	7	Jestem osobą	<input type="checkbox"/> zatrudnioną <input type="checkbox"/> nieaktywną zawodowo
	8	Mam orzeczoną stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	9	Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> znaczny, całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> umiarkowany, całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> lekki, częściowa niezdolność do pracy
	10	Data wydania orzeczenia o niepełnosprawności	
	11	Organ, który wydał orzeczenie o niepełnosprawności	
	12	Data ważności orzeczenia o niepełnosprawności	
Wykształcenie	13	Okres (od, do); Nazwa szkoły, kierunek wykształcenia, specjalność, uzyskany tytuł (w tym studia obecnie kontynuowane)	



Wykształcenie uzupełniające	14	Okres (od, do); Nazwa szkoły, kierunek wykształcenia, specjalność, uzyskany tytuł	
Szkolenia	15	Okres, nazwa instytucji, tematyka	
	16	Dodatkowe uprawnienia i umiejętności (znajomość języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera, inne)	
Przebieg dotychczasowej kariery zawodowej	17	Czy był/a Pan/i aktywny/a zawodowo	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	18	Czy był/a Pan/i aktywny/a poza zawodowo (np. wolontariat, udział w akcjach na rzecz organizacji pozarządowych, pomoc społeczna itp.)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Opis działań:
	19	Staż pracy (okres, nazwa pracodawcy, stanowisko, pełnione obowiązki)	
	20	Na czym polega Pana/i aktywność w poszukiwaniu pracy?	
	21	W jaki sposób niepełnosprawność w Pana/i przypadku może mieć wpływ na problem ze znalezieniem pracy?	
	22	Czy spotkał/a się Pan/i ze stereotypami związanymi z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	23	W jakiej branży chciałby/ałaby Pan/i pracować	
	24	W jakim zawodzie i na jakim stanowisku chciałby/ałaby Pan/i pracować?	Zawód: Stanowisko:

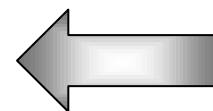


	25	Jakie ma Pan/i oczekiwania względem udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> Zdobycie nowych umiejętności zawodowych <input type="checkbox"/> Wsparcie w określeniu ścieżki zawodowej <input type="checkbox"/> Rozwój osobistych predyspozycji <input type="checkbox"/> Poprawa samooceny i wzrost pewności siebie <input type="checkbox"/> Nawiązanie kontaktów zawodowych i poznanie nowych ludzi <input type="checkbox"/> Zwiększenie szans na rynku pracy po zakończeniu udziału w projekcie <input type="checkbox"/> Zatrudnienie w miejscu stażu <input type="checkbox"/> inne
	26	Które tematy szkoleń szczególnie Pana/ią interesują	<input type="checkbox"/> autoprezentacja <input type="checkbox"/> autokreacja <input type="checkbox"/> komunikacja interpersonalna <input type="checkbox"/> zarządzanie czasem <input type="checkbox"/> asertywność <input type="checkbox"/> radzenie sobie ze stresem <input type="checkbox"/> prawo pracy <input type="checkbox"/> metody rekrutacji <input type="checkbox"/> przygotowanie dokumentów aplikacyjnych <input type="checkbox"/> emisja głosu <input type="checkbox"/> warsztaty praktyczne <input type="checkbox"/> wolontariat
	27	Dlaczego chce Pani/Pan wziąć udział w Projekcie?	

Oświadczam, że:

- 1) w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Zadaniu 5 – Programie szkoleń i staży dla niepełnosprawnych studentów z UG” realizowanym w ramach projektu pn. „Kształcimy profesjonalistów – kompleksowy program kształcenia skierowany do studentów, zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniach i coachingu oraz do odbycia stażu w wymaganym wymiarze godzin w terminie wskazanym przez organizatora.
- 2) jestem świadomy, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

.....
Data i podpis uczestnika projektu



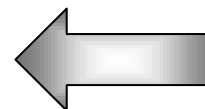


Dane osób objętych wsparciem jako niepracujące oraz pracujące, które uczestniczą we wsparciu z własnej inicjatywy

(UWAGA!!! NALEŻY WYPEŁNIAĆ TYLKO BIAŁE POLA)

	Lp.	Nazwa	Słowniki
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
	5	PESEL	
	6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Wyższe
	7	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dane kontaktowe	8	Ulica	
	9	Nr domu	
	10	Nr lokalu	
	11	Miejscowość	
	12	Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski
	13	Kod pocztowy	
	14	Województwo	
	15	Powiat	
	16	Telefon stacjonarny	
	17	Telefon komórkowy	
18	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
Dane dodatkowe	19	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> zatrudniony <input type="checkbox"/> nieaktywny zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się lub kształcąca (student)
	20	Rodzaj przyznanego wsparcia	
	21	Wykorzystanie we wsparciu technik: e-learning / blended learning	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	22	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	23	Data zakończenia udziału w projekcie	
	24	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
25	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia	<input type="checkbox"/> podjęcie zatrudnienia <input type="checkbox"/> podjęcie nauki <input type="checkbox"/> inne	

.....
Data i podpis uczestnika projektu





OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu „*Kształcimy profesjonalistów – kompleksowy program kształcenia skierowany do studentów, absolwentów oraz studentów niepełnosprawnych Uniwersytetu Gdańskiego*” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki ul. Wspólna 2/4 00-926 Warszawa.
- 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „*Kształcimy profesjonalistów – kompleksowy program kształcenia skierowany do studentów, absolwentów oraz studentów niepełnosprawnych Uniwersytetu Gdańskiego*”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL);
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej – Narodowe Centrum Badań i Rozwoju ul. Nowogrodzka 47a, 00-695 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt – Uniwersytet Gdański ul. Bażyńskiego 1, 80-952 Gdańsk oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL lub Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach POKL
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU