



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Załącznik nr 1.**

<b>Poniższe pole wypełnia personel Projektu</b>
<b>Data wpływu Formularza rekrutacyjnego:</b> .....
<b>Numer:</b> .....

**Formularz rekrutacyjny w projekcie „Powrót do zatrudnienia”**

**I. DANE PERSONALNE**

<b>Imię (imiona)</b>													
<b>Nazwisko</b>													
<b>Płeć</b> <i>(Zaznacz „x”.)</i>	Kobieta												
	Mężczyzna												
<b>Data urodzenia</b>													
<b>Wiek</b> <i>(liczba skończonych lat, obliczona na dzień złożenia Formularza rekrutacyjnego)</i>													
<b>PESEL</b>													
<b>Telefon kontaktowy</b>													
<b>E-mail</b>													
<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	<b>Osoba nieaktywna zawodowo</b> <i>(niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)</i> <i>(Zaznacz „x”.)</i>										TAK		
											NIE		
		- w tym osoba ucząca się lub kształcąca się									W trybie dziennym		
											W trybie zaocznym/wieczorowym		
	Nie dotyczy												
Miejsce zarejestrowania jako osoba bezrobotna Powiatowy Urząd Pracy w ( <i>Wpisz miasto.</i> ) : .....													



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<b>Czy sprawuje Pan/Pani opiekę nad dziećmi do lat 7 lub opiekę nad osobą zależną</b> (Zaznacz „x”.)	TAK	
	NIE	
<b>Adres zamieszkania:</b>	Kod pocztowy	
	Ulica/nr domu/mieszkania	
	Miejscowość	
	Gmina	
	Powiat	
<b>Adres do korespondencji</b> (Jeżeli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zamieszkania, proszę wpisać „nie dotyczy”.)	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica/nr domu/mieszkania	
<b>Obszar</b> (Zaznacz „x”.)	Obszar miejski	
	Obszar wiejski	

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA

<b>Wykształcenie:</b> (Zaznacz „x”.)	Brak	
	Podstawowe	
	Gimnazjalne	
	Ponadgimnazjalne - zasadnicze zawodowe	
	Ponadgimnazjalne - średnie	
	Pomaturalne	
	Wyższe	
<b>Zawód wyuczony:</b> (Proszę wpisać zawód wyuczony lub „nie dotyczy”.)		



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<b>Czy posiada Pan/Pani udokumentowane kwalifikacje w poniższych zawodach (Zaznacz „x”).</b>	Pielęgniarka/ka	
	Położny/a	
	Opiekun/ka dziecięcy/a	
	Nauczyciel/ka wychowania przedszkolnego	
	Nauczyciel/ka edukacji wczesnoszkolnej	
	Pedagog opiekuńczo-wychowawczy	
	Opiekun/ka dzienny/a dzieci do lat 3	
	Żadne z powyższych	
<b>Czy w ciągu ostatniego roku pracował/-a Pan/-i z dziećmi w wieku do lat 3 przez okres co najmniej 12 m-cy? (Zaznacz „x”).</b>	TAK	
	NIE	

### **III . WYBÓR SZKOLENIA**

Deklaruję chęć uczestniczenia w jednym z poniżej wymienionych szkoleń

(proszę zaznaczyć odpowiedni moduł znakiem „x” )

<b>Opiekun dzienny dzieci do lat 3</b> w wymiarze 160 godzin, w tym 30 godzin w formie zajęć praktycznych	
<b>Opiekun w żłobku lub klubie dziecięcym</b> w wymiarze 280 godzin, w tym 80 godzin w formie zajęć praktycznych	
Szkolenie uzupełniające *) w wymiarze 40 godzin w <b>zawodzie opiekun dzienny dzieci do lat 3</b>  (*dla osób, które posiadają kwalifikacje pielęgniarki, położnej, opiekunki dziecięcej, nauczyciela wychowania przedszkolnego, nauczyciela edukacja wczesnoszkolnej lub pedagoga opiekuńczo-wychowawczego)	

### **IV. INFORMACJE NA TEMAT LOKALU (PLANOWANEGO MIEJSCA SPRAWOWANIA OPIEKI)**

<b>1. Czy posiada Pan/Pani tytuł prawny do lokalu, który znajduje się na terenie woj. opolskiego, w którym planuje Pan/Pani sprawować opiekę nad dziećmi do lat 3? (Zaznacz „x”).</b>	TAK	
	NIE	



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<b>Jeżeli „tak”, to jakiego rodzaju jest to tytuł prawny do lokalu:</b>  <i>(Zaznacz „x”.)</i>	Własność / współwłasność	
	Wynajem	
	Użyczenie	
	Inne (np. zgoda właściciela lokalu do sprawowania opieki nad dziećmi do lat 3)	
<b>Jeżeli „nie”, to czy będzie posiadać Pan/Pani taki tytuł prawny w momencie przystąpienia do konkursu na realizację zadania publicznego w zakresie sprawowania opieki na dziećmi w wieku do lat 3</b> <i>(Zaznacz „x”.)</i>	TAK	
	NIE	
<b>2. Czy lokal, do którego posiada Pani /Pan tytuł prawny zapewnia bezpieczne warunki do opieki nad dziećmi?</b> <i>(Zaznacz „x”.)</i>	TAK	
	NIE	

#### **V. INFORMACJE DODATKOWE**

- 1. Ile dzieci chciałby/aby Pan/Pani wziąć pod opiekę .....**

(\*Dzienny opiekun w ramach projektu może mieć pod opieką do 5 dzieci, zgodnie z zapisami Ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3)
- 2. Czy posiada Pan/Pani aktualne badania sanitarno-epidemiologiczne niezbędne do świadczenia usług opieki w formie dziennego opiekuna, (zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi)?**

tak  nie
- 3. Jeżeli nie, to czy jest Pan/Pani gotowy/a wykonać wymagane badania sanitarno-epidemiologiczne oraz lekarskie w trakcie szkolenia dla kandydatów na dziennego opiekuna?**

tak  nie  nie dotyczy
- 4. Czy po zakończeniu szkolenia na Dziennego opiekuna jest Pan/Pani gotowy/a przystąpić do konkursu na realizację zadania publicznego w zakresie sprawowania opieki na dziećmi w wieku do lat 3 – zgodnie z Ustawą z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2010 r. Nr 234, poz.1536)**

tak  nie



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## **VI. OŚWIADCZENIE KANDYDATA/TKI NA DZIENNEGO OPIEKUNA**

**Ja niżej podpisany/a** (imię i nazwisko) .....

**numer PESEL:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Świadomy/a odpowiedzialności prawnej za składanie fałszywych oświadczeń oświadczam, że:**

TAK	NIE	Wszystkie dane, które podałem/am są zgodne z prawdą.
TAK	NIE	Zapoznałem/am z treścią <i>Regulaminu udziału w projekcie np. Powrót do zatrudnienia</i> .
TAK	NIE	Z własnej inicjatywy jestem zainteresowany/a nabyciem nowych, uzupełnieniem lub podwyższeniem posiadanych kwalifikacji i umiejętności w zawodzie opiekuna/opiekunki dziennej dzieci do lat 3.
Zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi do lat 3:		
TAK	NIE	Nie jestem i nie byłem/am pozbawiony/a władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie została mi zawieszona.
TAK	NIE	Wypełniam obowiązek alimentacyjny w przypadku, gdy taki obowiązek został nałożony na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd.
TAK	NIE	Nie byłem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne.
TAK	NIE	Posiadam warunki lokalowe zapewniające bezpieczną opiekę nad dzieckiem.
TAK	NIE	Zamieszkuję na terenie województwa opolskiego, w myśl KC.
TAK	NIE	Posiadam wykształcenie co najmniej średnie.
TAK	NIE	Nie pozostaję Uczestnikiem innego projektu realizowanego w ramach Działania 6.1.1 Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013 i nie jestem objęty/a formami wsparcia takimi samymi jak w Projekcie <i>Powrót do zatrudnienia</i> .

- o **Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź**

.....  
**Miejscowość i data**

.....  
**Podpis Kandydata/Kandydatki**

Data złożenia dokumentów kandydata do Biura Projektu "Powrót do zatrudnienia" (wypełnia pracownik Projektu):

**Podpis pracownika Projektu:** .....