



Załącznik nr 2 do umowy szkoleniowej

KARTA REKRUTACYJNA

LP.	NAZWA
1	MASAŻ W SŁUŻBIE SPOŁECZEŃSTWU
2	RPMA.10.03.04-14-2463/15
3	PRIORYTET INWESTYCYJNY, W RAMACH KTÓREGO JEST REALIZOWANY PROJEKT
4	DZIAŁANIE 10.3 „DOSKONALENIE ZAWODOWE”
5	PODDZIAŁANIE 10.3.4 „KSZTAŁCENIE ORAZ DOSKONALENIE ZAWODOWE OSÓB DOROSŁYCH”

Dane wypełniane przez uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS

DANE UCZESTNIKA		
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
4	Wiek	
5	PESEL	
6	Wykształcenie	☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe
7	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	☐ TAK ☐ NIE
DANE KONTAKTOWE		
8	Ulica	
9	Nr domu	
10	Nr lokalu	
11	Miejscowość	
12	Obszar	☐ wiejski ☐ miejski
13	Kod pocztowy	
14	Województwo	
15	Powiat	
16	Gmina	
17	Telefon stacjonarny	
18	Telefon komórkowy	
19	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	



DANE DODATKOWE

1. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu
 - ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy
 - ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy
 - ☐ osoba bierna zawodowo
 - ☐ osoba pracująca, w tym (proszę wskazać zawód):
.....
2. Miejsce zatrudnienia – woj. mazowieckie (jeśli dotyczy)
 - ☐ TAK ☐ NIE
3. Miejsce pobierania nauki – woj. mazowieckie (jeśli dotyczy)
 - ☐ TAK ☐ NIE
4. Pracuję lub zamierzam podjąć zatrudnienie w branży medycznej:
 - ☐ TAK ☐ NIE
5. Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej
 - ☐ TAK ☐ NIE
6. Posiadanie statusu imigranta
 - ☐ TAK ☐ NIE
7. Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej
 - ☐ TAK ☐ NIE
8. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (informacja składana dobrowolnie)
 - ☐ TAK ☐ NIE
9. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących (informacja składana dobrowolnie)
 - ☐ TAK ☐ NIE
10. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu (informacja składana dobrowolnie)
 - ☐ TAK ☐ NIE
11. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (informacja składana dobrowolnie)
 - ☐ TAK ☐ NIE

Dane wypełniane przez organizatora projektu

Rodzaj przyznanego wsparcia	☐ Bezzwrotna dotacja
Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020	☐ Tak ☐ NIE
Wykorzystanie we wsparciu technik: e-learning/blended learning	☐ Tak ☐ NIE
Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	☐ Tak ☐ NIE
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia	

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis