

Załącznik nr 2 do umowy szkoleniowej

KARTA REKRUTACYJNA

LP.	NAZWA
1	MASAŻ W SŁUŻBIE SPOŁECZEŃSTWU
2	RPMA.10.03.04-14-2463/15-00
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)	

STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

1	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w UP ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w UP ☐ osoba bierna zawodowo ☐ osoba pracująca
2	Dotyczy osób pracujących: ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ inne ☐ osoba pracująca w MMŚP (mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie) ☐ osoba pracująca w organizacji samorządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
3	Wykonywany zawód: ☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka pomocy ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej ☐ inny, WYKONYWANY ZAWÓD:
4	Nazwa pracodawcy/własnej działalności gospodarczej NIP pracodawcy/własnej działalności gospodarczej

DANE DODATKOWE

2	Miejsce zatrudnienia – woj. mazowieckie	☐ TAK	☐ NIE
3	Miejsce pobierania nauki – woj. mazowieckie	☐ 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
INFORMACJE SKŁADANE DOBROWOLNIE			
8	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK	☐ NIE
9	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	☐ TAK	☐ NIE
10	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	☐ TAK	☐ NIE
11	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	☐ TAK	☐ NIE

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

Dane wypełniane przez organizatora projektu

Rodzaj przyznanego wsparcia	☐ Bezzwrotna dotacja
Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem 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	