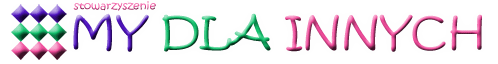
**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w projekcie „Trener Pracy” realizowanym przez Stowarzyszenie „MY DLA INNYCH”**

**Zatrudnienie wspomagane to proces przygotowujący do zatrudnienia osoby z niepełnosprawnością na otwartym rynku pracy, przy wsparciu Trenera Pracy. Działania skierowane są do osób z niepełnosprawnościami, które mają szczególne trudności w samodzielnym znalezieniu i/lub utrzymaniu pracy.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IMIĘ** | **NAZWISKO** | **PESEL** |
|  |  |  |
| **DATA URODZENIA** | **WIEK** | **PŁEĆ** |
|  |  |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE** | | |
| **ULICA** | **NR DOMU I LOKALU** | **KOD POCZTOWY** |
|  |  |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** | **NR TELEFONU** | **E-MAIL** |
|  |  |  |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE SYTUACJI NA RYNKU PRACY** | | |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI\*:** | **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:** | **RENTA (TAK / NIE):** |
|  |  |  |
| **WYKSZTAŁCENIE:** | **STATUS NA RYNKU PRACY:** | **ZAREJESTROWANY W UP (TAK / NIE):** |
|  |  |  |
| **INNA OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU** | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO  OSOBY UPOWAŻNIONEJ** | **NR TELEFONU OSOBY UPOWAŻNIONEJ** | **E-MAIL OSOBY UPOWAŻNIONEJ** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **KLUCZOWE OGRANICZENIA W FUNKCJONOWANIU:** |
|  |

|  |
| --- |
| **UWAGI:[[1]](#footnote-1)** |
|  |

**Oświadczam, że:**

* jestem / nie jestem\* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych. Jeśli nie – konieczne dane do opiekuna prawnego: ……………………………………………………………………………………………………………
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych   
  z programem „Trener Pracy” realizowanym przez Stowarzyszenie „MY DLA INNYCH” (na podstawie art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r.   
  Nr 101, poz. 926, z późn. zm.);
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wrażliwych, o których mowa   
  w art. 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* (tekst jedn.   
  Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), a w szczególności danych o stanie mojego zdrowia, przez Stowarzyszenie „MY DLA INNYCH” w Białymstoku ul. Antoniuk Fabryczny 34, 15-741 Białystok dla potrzeb niezbędnych do realizacji programu „Trener Pracy”.

*..........................................................* ..............................................................................

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ*

...........................................................................

*PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO*[[2]](#footnote-2)

1. Należy uwzględnić ewentualną konieczność pomocy innych osób, np.. tłumaczy-przewodników, tłumaczy języka migowego, asystentów itd. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku wypełnienia formularza zgłoszeniowego przez osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną sądowo, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-2)