Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji

KARTA ZGŁOSZENIA KADRY

„Mocne wsparcie na starcie” - kompleksowe wsparcie dzieci, rodzin i kadry w Gminnych Klubach Dziecięcych w Andrychowie

„Mocne wsparcie na starcie” - kompleksowe wsparcie dzieci, rodzin i kadry w Gminnych Klubach Dziecięcych w Andrychowie

Numer identyfikacyjny formularza	Data wpływu do biura projektu	Spełnienie kryteriów formalnych	Suma punktów (kryteria premiujące)	Podpis pracownika projektu
		□ tak □ nie		

Tytuł projektu:	Mocne wsparcie na starcie – kompleksowe wsparcie dzieci, rodzin i kadry w Gminnych Klubach Dziecięcych w Andrychowie
Numer projektu	FEMP.06.05-IP.02-083/25

I DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Obywatelstwo	☐ obywatelstwo polskie ☐ obywatel państwa UE

	☐ obywatel państwa spoza UE
Wykształcenie	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5-8)
Status na rynku pracy	☐ **osoba bezrobotna,** w tym: ☐ zarejestrowana w Urzędzie Pracy ☐ niezarejestrowana w Urzędzie Pracy ☐ bezrobotna ☐ inne ☐ **osoba bierna zawodowo** w tym: ☐ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie; ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu; ☐ inne ☐ **osoba pracująca, w tym:** ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)

<table>
<tr><td></td><td>☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej
☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
☐ osoba pracująca na uczelni
☐ osoba pracująca w instytucie naukowym
☐ osoba pracująca w instytucie badawczym
☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
☐ inne</td></tr>
<tr><td rowspan="8">Adres zamieszkania</td><td colspan="2">Kraj:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Województwo:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Powiat:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Gmina:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Miejscowość:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ulica:</td></tr>
<tr><td>Numer budynku:</td><td>Numer lokalu:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Kod pocztowy:</td></tr>
<tr><td>Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania)</td><td></td></tr>
<tr><td>Numer telefonu</td><td></td></tr>
<tr><td>Adres e-mail</td><td></td></tr>
</table>

II KRYTERIA REKRUTACJI – KRYTERIA FORMALNE (proszę zaznaczyć znakiem „X”)		
Oświadczam, że:	**TAK**	**NIE**
Jestem osobą zamieszkującą, pracującą lub uczącą na terenie województwa małopolskiego	☐	☐
Posiadam staż pracy z dziećmi do lat 3	☐	☐

III KRYTERIA REKRUTACJI – KRYTERIA PREMIUJĄCE (proszę zaznaczyć znakiem „X”)		
Oświadczam, że:	**TAK**	**NIE**
Posiadam doświadczenie zawodowe powyżej 2 lat -10 pkt	☐	☐
Posiadam dodatkowe kwalifikacje: **-** **-** **-** **-** **8 pkt**	☐	☐
W ostatnich 2 latach odbyłam szkolenia : **-** **-** **-** **-** **5 pkt**	☐	☐

IV STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
Oświadczam, że:	**TAK**	**NIE**	**ODMOWA PODANIA DANYCH**
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐	☐	☐
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	☐	☐	☐

Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐	☐
Jestem osobą obcego pochodzenia	☐	☐
Jestem osobą pochodzącą z państw trzecich	☐	☐

V FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB		
Potrzeby	**Proszę opisać potrzebę**	**NIE DOTYCZY**
Wymagane dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe		☐
Zapewnienie tłumacza języka migowego		☐
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie		☐
Zapewnienie systemu wspomagającego widzenie		☐
Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością		☐
Inne potrzeby		☐

MIEJSCOWOŚĆ, DATA	**CZYTELNY PODPIS**

Załączniki:

□dokument potwierdzający zamieszkanie, naukę bądź pracę na terenie województwa małopolskiego
□ dokument zatrudnienia
□ certyfikaty
□ zaświadczenia
□ CV