



Załącznik nr 1 do Regulaminu

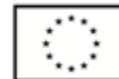
## FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

**Prosimy o wypełnienie czytelnie, drukowanymi literami w kolorze niebieskim Uwaga: wszystkie pola są wymagane**

Tytuł projektu:	Żłobek Kraina Skrzatów szansą na rozwój dziecka i aktywność zawodową rodziców
Nr projektu:	RPOP.07.06.00-16-0012/19
Nazwa Beneficjenta (Realizatora projektu)	Teresa Gola-Nogaj Żłobek Kraina Skrzatów
Program	Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020
Oś priorytetowa:	VII Konkurencyjny rynek pracy
Działanie:	7.6 Godzenie życia prywatnego i zawodowego

### DANE OSOBOWE :

Nazwisko										
Imię										
Numer PESEL										
Płeć	K					M				
Adres zamieszkania	Miejscowość: Kod pocztowy: __ - ____ Ulica: ..... Nr domu: .....                      Nr lokalu: .....									
Województwo										
Powiat										
Gmina										
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe									
	<input type="checkbox"/> Podstawowe									
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne									
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne, w tym: <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe									



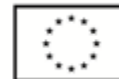
	<input type="checkbox"/> inne, jakie _____
	<input type="checkbox"/> Policealne
	<input type="checkbox"/> Wyższe

**DANE KONTAKTOWE:**

Telefon	
Adres e-mail	

**INFORMACJE :**

Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	Osoba pracująca:    TAK                      NIE	
Zatrudniony w: (podać nazwę pracodawcy)		
Osoba zatrudniona przebywająca na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim w okresie (podać okres udzielonego urlopu macierzyńskiego/rodzicielskiego)	Urlop ..... od ..... do .....	
Osoba przebywająca na urlopie wychowawczym w okresie (podać okres udzielonego urlopu wychowawczego)	Urlop ..... od ..... do .....	
Osoba osiągająca niskie dochody wg kryterium socjalnego**	Tak                                              Nie	
Zatrudniony w: (podać typ pracodawcy)	Osoba pracująca w administracji rządowej	
	Osoba pracująca w administracji samorządowej	
	Osoba pracująca w MMŚP	
	Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
	Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
	Inne	



Wykonywany zawód:	
Data urodzenia dziecka, które ma zostać objęte opieką sprawowaną przez opiekuna dziennego	.....-.....-..... rok
Czy dziecko było wcześniej objęte opieką instytucjonalną w postaci żłobka, klubu dziecięcego lub opiekuna dziennego	TAK NIE
Planowany termin przekazania dziecka pod opiekę (maksymalnie do trzech miesięcy kalendarzowych od daty złożenia formularza)	.....-.....-..... rok

\*\* osoba musi pozostawać w zadeklarowanym statusie również w momencie podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie

\*\* osoba, której zarobki nie przekraczają płacy minimalnej (ustalonej na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę) lub osoba zamieszkująca w gospodarstwie domowym, w którym dochody (z wyłączeniem transferów socjalnych), przypadające na jedną osobę, nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu

**INFORMACJE O STATUSIE UCZESTNIKA:**

Wyszczególnienie	Tak	Nie	Odmowa podania informacji
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia			
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań			X
Osoba z niepełnosprawnościami			
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)			

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego