



Ankieta rekrutacyjna „Aktywna Integracja – Projekt Systemowy MOPR Włocławek”

Dane podstawowe	Imię <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Nazwisko <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Data urodzenia <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/>	
	PESEL <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Adres zamieszkania	Ulica <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Nr domu <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Nr lokalu <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Telefon kontaktowy <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Dane dodatkowe	Wykształcenie - brak <input type="checkbox"/> / podstawowe <input type="checkbox"/> / gimnazjalne <input type="checkbox"/> / ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> / pomaturalne <input type="checkbox"/> / wyższe <input type="checkbox"/>	
	Korzystam z pomocy społecznej w MOPR Włocławek - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
	Nie pracuję - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
	Jestem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
	W okresie ostatnich 24 miesięcy byłam/łem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP przez okres: krótszy niż 12 miesięcy <input type="checkbox"/> / powyżej 12 miesięcy <input type="checkbox"/>	
	Mam orzeczony stopień niepełnosprawności - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
	Jestem osobą opuszczającą rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo-wychowawczą lub placówkę, o których mowa w art. 88 Ustawy o pomocy społecznej - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
	Realizuję Indywidualny Program Usamodzielnienia - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
	Jestem objęta/ty wsparciem w ramach projektów współfinansowanych ze środków EFS przez inne jednostki - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
Oczekuję opieki nad dzieckiem w wieku 4 – 7 lat - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>		
Preferencje zawodowe	Proszę o wybór maksymalnie dwóch z proponowanych szkoleń lub wpisanie innego, którym jest Pani/Pan zainteresowana/y. Wpisz cyfrę: 1- przy szkoleniu, w którym chciałbyś bardzo uczestniczyć; 2- przy tym w którym chciałbyś uczestniczyć	
	<input type="checkbox"/> Fryzjer z obsługą kas fiskalnych	<input type="checkbox"/> Księgowość komputerowa
	<input type="checkbox"/> Kucharz – kelner	<input type="checkbox"/> Manicure – pedicure – stylistka paznokci
	<input type="checkbox"/> Kurs kosmetyczny z elementami wizażu	<input type="checkbox"/> Magazynier z obsługą wózków widłowych
	<input type="checkbox"/> Opiekun osób chorych, niepełnosprawnych i dzieci. Pomoc domowa	<input type="checkbox"/> Sprzedawca z nauką języka angielskiego i obsługą kas fiskalnych
	<input type="checkbox"/> Pracownik ochrony fizycznej	<input type="checkbox"/> Specjalista zastosowań informatyki
	<input type="checkbox"/> Spawacz elektryczny	<input type="checkbox"/> Pracownik biurowy
	Inne ewentualne szkolenie (wpisać o ile wybrane szkolenie nie figuruje w powyższym wykazie):	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych /Dz. U. nr133, poz. 883/

.....
Czytelny podpis