

Formularz zgłoszeniowy dla osoby zainteresowanej skorzystaniem z usług agencji zatrudnienia wspomaganego

Imię i nazwisko Kandydata:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu do kontaktu:

Adres e-mail:

Oświadczam, że:

- 1 Jestem zainteresowany skorzystaniem z usługi zatrudnienia wspomaganego świadczonej przez agencję zatrudnienia wspomaganego w
- 2 Posiadam aktualne na dzień złożenia formularza zgłoszeniowego orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
- 3 Jestem w wieku aktywności zawodowej (tzn. nie jestem emerytem)

tak

nie

„Standaryzacja modelu zatrudnienia wspomaganego w Polsce”

4 Mój status na rynku pracy to:

- bierny zawodowo (nie pracuję)
- bezrobotny (jestem zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy)
- poszukujący pracy niezatrudniony (jestem zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy)
- zatrudniony w zakładzie pracy na otwartym rynku pracy
- zatrudniony w zakładzie aktywności zawodowej

5 Chcę skorzystać ze wsparcia w agencji zatrudnienia wspomaganego, żeby:

- znaleźć odpowiednią dla mnie pracę i podjąć zatrudnienie
- korzystać ze wsparcia w utrzymaniu zatrudnienia, które aktualnie posiadam
- korzystać ze wsparcia, żeby zmienić stanowisko pracy lub miejsca pracy

6 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tym formularzu dla potrzeb niezbędnych do realizacji i ewaluacji Procedury zaangażowania i kwalifikacji – zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej RODO.

„Standaryzacja modelu zatrudnienia wspomaganego w Polsce”

Potrzeby w zakresie zapewnienia dostępności:

W trosce o zapewnienie równego dostępu do udziału w działaniach oferowanych przez agencję zatrudnienia wspomaganego prosimy o wskazanie indywidualnych potrzeb, które powinniśmy uwzględnić podczas procesu kwalifikacji.

Nie zgłaszam szczególnych potrzeb w zakresie dostępności.

Zgłaszam potrzeby w zakresie dostępności (prosimy opisać poniżej):

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

Podanie informacji dotyczących potrzeb w zakresie dostępności jest dobrowolne.

Wskazanie ich umożliwi agencji zatrudnienia wspomaganego odpowiednie przygotowanie procesu kwalifikacji do Pani/Pana potrzeb.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata

.....
(data i podpis osoby przyjmującej)

.....
Czytelny podpis rodzica /opiekuna
prawnego / przedstawiciela
ustawowego¹

¹ Dotyczy osób ubezwłasnowolnionych całkowicie

„Standaryzacja modelu zatrudnienia wspomaganego w Polsce”

Na podstawie otrzymanych w formularzu zgłoszeniowym informacji oraz weryfikacji dokumentów źródłowych potwierdzam, że Kandydat²:

spełnia kryteria kwalifikacji formalnej

nie spełnia warunków kwalifikacji formalnej

.....
(data i podpis osoby zarządzającej
AZW)

² Należy zaznaczyć właściwe poprzez postawienie „X”