



WNIOSEK - FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DO UDZIAŁU W PROGRAMIE REINTEGRACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ

W RAMACH CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ W KŁOBUCKU

DANE OSOBOWE

IMIĘ (IMIONA)			
NAZWISKO/ NAZWISKO RODOWE			
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEȚA	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŹNA	PESEL
DATA URODZENIA			MIEJSCE URODZENIA
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Zawodowe		<input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Wyższe

ADRES ZAMIESZKANIA / ADRES POBYTU / KONTAKT

ULICA		NR DOMU/LOKAŁU	
MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
WOJEWÓDZTWO		POWIAT/GMINA	
NR TELEFONU		E-MAIL	

KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba o niskich kwalifikacjach (max. wykształcenie gimnazjalne) <input type="checkbox"/> Osoba z niewielkim doświadczeniem zawodowym nieadekwatnym do potrzeb rynku pracy <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną <input type="checkbox"/> Osoba/rodzina korzysta z PO Pomoc Żywnościowa <input type="checkbox"/> Osoba zamieszkująca obszar podlegający rewitalizacji | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osoba uzależniona od alkoholu <input type="checkbox"/> Osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających <input type="checkbox"/> Osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego <input type="checkbox"/> Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Osoba zwalniana z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem <input type="checkbox"/> Osoba będąca uchodźcą realizująca indywidualny program integracji <input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna |
|--|--|

SPEŁNIENIE KRYTERIUM NALEŻY UDOKUMENTOWAĆ STOSOWNYM ZAŚWIADCZENIEM LUB OŚWIADCZENIEM



ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O PRZYJĘCIE MNIE DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH PROWADZONYCH PRZEZ CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ W KŁOBUCKU W NASTĘPUJĄCEJ PRACOWNI (PROSZĘ ZAZANCYĆ "X" JEDEN WŁAŚCIWY)

- ARTYSTYCZNO - KRAWIECKIEJ
- PORZĄDKOWO - CZYSTOŚCIOWEJ
 - OGÓLNOBUDOWLANEJ
- HODOWLANO - OGRODNICZEJ

WYBÓR UZASADNIENIA DO SKIEROWANIA DO CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ W KŁOBUCKU (MOŻNA ZAZANCYĆ WIĘCEJ NIŻ "X" JEDEN POWÓD)

<input type="checkbox"/> Chęć otrzymania ofert pracy
<input type="checkbox"/> Zdobywanie nowych kwalifikacji
<input type="checkbox"/> Chęć kontaktu z ludźmi i posiadania zajęcia
<input type="checkbox"/> Zamiar odbycia stażu
<input type="checkbox"/> Chęć skorzystania ze szkolenia
<input type="checkbox"/> Konieczność utrzymania rodziny
<input type="checkbox"/> Uzyskanie ubezpieczenia zdrowotnego
<input type="checkbox"/> Wynagrodzenie
<input type="checkbox"/> Tytuł do objęcia mnie ubezpieczeniem zdrowotnym
<input type="checkbox"/> Uznanie innych
<input type="checkbox"/> Chęć skorzystania z porady doradcy zawodowego, prawnika, psychologa

.....
Czytelny podpis osoby zainteresowanej

1. Oświadczam, że jestem zdolny/a i gotowy/a poddać się reintegracji społecznej i zawodowej w ramach ustalonego Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego.
2. Posiadam wiedzę w zakresie prawa wyboru uczestników do realizacji zadań w Centrum Integracji Społecznej w Kłobucku przypisaną do Stowarzyszenia Druga Szansa w Kłobucku.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku potrzebnych do realizacji programu potrzebnych do realizacji programu reintegracji zawodowej i społecznej w Centrum Integracji Społecznej (Ustawa o ochronie danych osobowych, Dz.U. z 2019 roku, poz. 1781).

.....
Czytelny podpis osoby zainteresowanej