

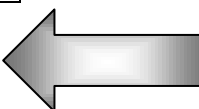
Formularz rekrutacyjny do programu praktyk wakacyjnych dla studentów i absolwentów z niepełnosprawnością w Grupie ERGO Hestia *Wywinduj swoją karierę z Fundacją Integralia*

| | Lp. | Nazwa | |
|------------------------|-----|---|---|
| Dane podstawowe | 1 | Imię | |
| | 2 | Nazwisko | |
| | 3 | PESEL | |
| Dane kontaktowe | 4 | Adres zamieszkania (ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy, województwo) | |
| | 5 | Adres zameldowania (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) | |
| | 6 | Telefon stacjonarny | |
| | 7 | Telefon komórkowy | |
| | 8 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) | |
| Dane dodatkowe | 9 | Jestem osobą zamieszkałą w woj. pomorskim | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | 10 | Jestem osobą w wieku do 35 roku życia | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | 11 | Uczę się w systemie: | <input type="checkbox"/> dziennym <input type="checkbox"/> zaocznym <input type="checkbox"/> wieczorowym <input type="checkbox"/> w trybie indywidualnym <input type="checkbox"/> nie uczę się |
| | 12 | Jestem | <input type="checkbox"/> studentem studiów: <input type="checkbox"/> licencjackich <input type="checkbox"/> inżynierskich <input type="checkbox"/> magisterskich uzupełniających <input type="checkbox"/> magisterskich jednolitych <input type="checkbox"/> doktoranckich <input type="checkbox"/> absolwentem |
| | 13 | Obecnie ukończyłem/am semestr: | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

| | | |
|----|--|---|
| | | <p>Język angielski</p> <p><input type="checkbox"/> A1 poziom <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 podstawowy <input type="checkbox"/> A2</p> <p><input type="checkbox"/> B1 poziom <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B2</p> <p><input type="checkbox"/> C1 poziom <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 zaawansowany <input type="checkbox"/> C2</p> |
| 14 | Znajomość języków obcych | |
| 15 | Jestem osobą zatrudnioną | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak – na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> Tak – na czas określony |
| 16 | Aktualnie pracuję w oparciu o: | <input type="checkbox"/> umowę o pracę <input type="checkbox"/> umowę zlecenie <input type="checkbox"/> umowę o dzieło <input type="checkbox"/> inną umowę <input type="checkbox"/> prowadzę własną działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| 17 | Mam orzeczony stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 18 | Stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny |
| 19 | Rodzaj niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> choroba psychiczna <input type="checkbox"/> zaburzenie głosu, mowy i słuchu <input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku <input type="checkbox"/> schorzenia narządu ruchu <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> choroba układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> choroba układu pokarmowego <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> choroba neurologiczna <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe <input type="checkbox"/> inne, jakie?..... |
| 20 | Data wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności | |
| 21 | Organ, który wydał orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | |
| 22 | Data ważności orzeczenia o stopniu niepełnosprawności | |
| 23 | Czy niepełnosprawność w Pana/i przypadku może mieć wpływ na problem ze znalezieniem pracy? Jeśli tak, to jaki? | |
| 24 | Czy posiada Pan/i doświadczenie zawodowe? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

| | | | |
|---|----|--|---|
| Przebieg kariery zawodowej | 25 | Czy był/a Pan/i aktywny/a poza zawodowo (np. wolontariat, udział w organizacjach studenckich, pomoc społeczna itp.)? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Opis działań: |
| | 26 | Staż pracy (okres, nazwa pracodawcy, stanowisko, pełnione obowiązki) | |
| | 27 | W jakim zawodzie i na jakim stanowisku chciałby/ałaby Pan/i pracować? | Zawód: Stanowisko: |
| Udział w programie praktyk wakacyjnych | 28 | W jakim obszarze Grupy ERGO Hestia chciałby/ałaby Pan/i odbywać praktykę? | |
| | 29 | Skąd dowiedział/a się Pan/i o ofercie praktyk wakacyjnych w GEH? | |
| | 30 | Dlaczego chce Pan/ Pani wziąć udział w programie praktyk wakacyjnych <i>Wywinduj swoją karierę z Fundacją Integralia</i> w Grupie ERGO Hestia? | |

.....
Data i podpis



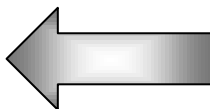
OŚWIADCZENIE

W związku z realizacją programu praktyk wakacyjnych *Wywinduj swoją karierę z Fundacją Integralia* w Grupie ERGO Hestia oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Fundacja Grupy ERGO Hestia na rzecz integracji zawodowej osób niepełnosprawnych Integralia mająca swoją siedzibę przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
- 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 1 lub 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji praktyki wakacyjnej *Wywinduj swoją karierę z Fundacją Integralia*
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji praktyk, ewaluacji, kontroli, promocji, monitoringu i sprawozdawczości oraz udzielenia dalszego wsparcia związanego z aktywizacją społeczną i zawodową.
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetworzenia Fundacji Grupy ERGO Hestia na rzecz integracji zawodowej osób niepełnosprawnych Integralia w Sopocie oraz podmiotom, które realizują praktyki to jest spółkom z Grupy Ergo Hestia wymienionym w pkt 6 Regulaminu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione tym podmiotom, na co wyrażam zgodę.
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości realizacji praktyk i udzielenia innego wsparcia.
- 6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis



OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr wydanym

przez
uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że:

- 1) wszystkie dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą na dzień zgłoszenia do odbycia praktyk;
- 2) zapoznałem się z Regulamin praktyk wakacyjnych dla studentów i absolwentów z niepełnosprawnością w Grupie ERGO Hestia *Wywinduj swoją karierę z Fundacją Integralia* i akceptuję warunki Regulaminu;
- 3) jestem świadomy, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do odbycia praktyk;
- 4) zobowiązuje się do udzielenia niezbędnych informacji dla celów kontroli, monitoringu i ewaluacji po zakończeniu udziału w praktykach wakacyjnych;
- 5) jestem osobą zamieszkałą na terenie województwa pomorskiego;
- 6) jestem zdolny/a i gotowy/a do podjęcia praktyki i jej realizacji w pełnym wymiarze;
- 7) jestem osobą posiadającą aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydanym w

dniu przez

.....;

- 8) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ważne jest do dnia / na stałe (niepotrzebne skreślić).
- 9) moja niepełnosprawność pozwala mi na podjęcie praktyk wakacyjnych;
- 10) w przypadku zakwalifikowania się do odbycia praktyk zobowiązuje się uczęszczać na praktyki z zachowaniem uzgodnionych ram czasowych, wykonywać polecane czynności w terminie i z należytą starannością;
- 11) zgadzam się na robienie zdjęć podczas praktyk oraz udostępnienie mojego wizerunku celem udokumentowania realizacji programu praktyk wakacyjnych *Wywinduj swoją karierę z Fundacją Integralia* i jego promocji.

.....
data i podpis