*Załącznik nr 1 do Regulaminu udziału w poradnictwie psychologicznym*

|  |  |
| --- | --- |
| **Wniosek o udzielenie poradnictwa psychologicznego** | |
| **Data wpływu wniosku\*:** |  |
| **Numer rekrutacyjny\*:** |  |

*\** pole wypełnia Personel projektu

POUCZENIE:

* *Przed wypełnieniem Wniosku należy zapoznać się z obowiązującym Regulaminem uczestnictwa w poradnictwie psychologicznym.*
* *Wniosek należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, a udzielone informacje powinny być jednoznaczne   
  i precyzyjne. W przypadku ręcznego wypełnienia Wniosku należy stosować pismo drukowane.*
* *W przypadku pól niedotyczących Uczestnika projektu należy wpisać „nie dotyczy” lub „---”. Co do zasady Wniosek nie może zawierać niewypełnionych pól.*
  + *Zabrania się używania korektora, wszelkie pomyłki należy przekreślić i zaparafować.*
* *Niedopuszczalne jest jakiekolwiek modyfikowanie i usuwanie elementów Wniosku (w tym logotypów) - dopuszcza się wyłącznie rozszerzania rubryk wynikające z objętości treści.*
* *Złożony Wniosek nie podlega zwrotowi.*
* *Uczestnik projektu jest zobowiązany do informowania o wszystkich zmianach dotyczących danych podawanych we Wniosku w terminie określonym w Regulaminie uczestnictwa w poradnictwie psychologicznym.*
* *Beneficjent jest uprawniony do żądania złożenia przez Uczestnika projektu dokumentów pozwalających na weryfikację danych zawartych we Wniosku.*

**DANE UCZESTNIKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane teleadresowe** | | |
| Imię i nazwisko: |  | |
| Płeć: | Kobieta | Mężczyzna |
| PESEL: |  | |
| Adres zamieszkania: |  | |
| Powiat: |  | |
| Gmina: |  | |
| Numer telefonu: |  | |
| Adres e-mail: |  | |
| Obywatelstwo: |  | |
| Wiek: |  | |
| Data urodzenia: |  | |
| Pochodzenie: |  | |
| Obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji (DEGRUBA): | małe miasta i przedmieścia  obszar wiejski  nie dotyczy | |
| Wykształcenie: | podstawowe i niższe | |
| podstawowe | |
| gimnazjalne | |
| ponadgimnazjalne (zawodowe, średnie zawodowe, ogólnokształcące) | |
| policealne | |
| wyższe | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **Dane dotyczące szczególnych potrzeb:** | | | |
| Czy uczestnik wsparcia jest osobą ze szczególnymi potrzebami, na przykład wynikającymi z niepełnosprawności? | Tak | Nie | Odmowa podania informacji |
|  |  |  |

Jeśli w powyższej tabeli podano odpowiedź twierdzącą, proszę wskazać szczególne potrzeby (tłumacz języka migowego, materiały pisane w Alfabecie Braille'a, możliwość uczestniczenia we wsparciu z udziałem psa asystującego, wsparcie asystenta lub inne): ………………………………………………………………………………………………..….

Oświadczam, że:

deklaruję chęć udziału w poradnictwie psychologicznym;

akceptuję warunki uczestnictwa w poradnictwie psychologicznym wskazane w Regulaminie uczestnictwa w poradnictwie psychologicznym.

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach projektu *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ..……………………………………… |  | …………………………………………… |
| *(miejscowość i data)* |  | *(czytelny podpis)* |

Załącznik:

1. Zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych.