Załącznik nr 20

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

|  |
| --- |
| **INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA W RAMACH PROJEKTU:****„AKTYWIZACJA DOLNOŚLĄSKIEGO RYNKU PRACY”** |
| 1. **DANE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA:**
 |
| 1. Imię i nazwisko:
2. Indywidualny numer zgłoszeniowy:
3. Adres zamieszkania/ korespondencyjny:
4. Numer telefonu:
5. Adres e-mail:
 |
| 1. **CEL ZAWODOWY:**
 |
|  |
| 1. **ALTERNATYWNY CEL ZAWODOWY**
 |
|  |
| 1. **WYKSZTAŁCENIE** (*Data rozpoczęcia – data zakończenia/nazwa szkoły/kierunek/specjalność/tytuł zawodowy)*
 |
|  |
| 1. **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** (*Okres zatrudnienia/ nazwa pracodawcy/ stanowisko/ zakres obowiązków)*
 |
|  |
| 1. **UKOŃCZONE KURSY/ SZKOLENIA** (*Data/Nazwa szkolącego/temat szkolenia/ilość godzin)*
 |
|  |
| 1. **UPRAWNIENIA/LICENCJE/CERTYFIKATY** (*Rodzaj uprawnienia/data ważności)*
 |
|  |
| 1. **ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW**

 **OBCYCH:**  | *Znajomość języka**w mowie* | *Znajomość języka**w piśmie* |
| 1. Język angielski
2. Język niemiecki
3. Język…………..….
 | ☐ podstawowy ☐ komunikatywny ☐ biegły☐ podstawowy ☐ komunikatywny ☐ biegły☐ podstawowy ☐ komunikatywny ☐ biegły | ☐ podstawowy ☐ komunikatywny ☐ biegły☐ podstawowy ☐ komunikatywny ☐ biegły☐ podstawowy ☐ komunikatywny ☐ biegły |
| 1. **UMIEJĘTNOŚĆ OBSŁUGI KOMPUTERA:**

 **1- brak umiejętności 2- podstawowa 3- dobra** |
| 1. Word/stopień znajomości
2. Excel/stopień znajomości
3. Power Point/stopień znajomości
4. Poruszanie się po Internecie
5. Outlook/poczta internetowa
6. Inne:………………………………….
 | ☐☐☐☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  |
| 1. **PRAWO JAZDY: ☐** czynne **☐** bierne
 |
| **Kategoria:** |
| 1. **DODATKOWE UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJE**:
 |
|  |
| 1. **ANALIZA ZASOBÓW I ZAGROŻEŃ:** *(mocne i słabe strony Uczestniczki/Uczestnika, opis sytuacji społeczno-ekonomicznej)*
 |
|  |
| 1. **PREDYSPOZYCJE I PREFERENCJE ZAWODOWE:**
 |
|  |
| 1. **PRZECIWSKAZANIA ZDROWOTNE DO WYKONYWANIA PRACY** *(orzeczenia, subiektywne odczucia)*
 |
|  |
| 1. **DYSPOZYCYJNOŚĆ UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU:**
 |
|  |
| 1. **PROPONOWANA ŚCIEŻKA UDZIAŁU W PROJEKCIE – WYBÓR FORMY WSPARCIA:**
 |
| ☐ poradnictwo psychologiczne☐ wsparcie na rozpoczęcie działalności gospodarczej (w tym: szkolenia z zakresu prowadzenia działalności gospodarczej, indywidulane usługi doradcze przed rozpoczęciem działalności gospodarczej, dotacje na założenie działalności gospodarczej, indywidualne usługi doradcze w zakresie efektywnego wykorzystania dotacji i prowadzenia działalności gospodarczej) ☐ szkolenia zawodowe (w tym: stypendia szkoleniowe dla uczestników szkoleń) – pkt. 16☐studia podyplomowe – pkt. 17☐ staże zawodowe (w tym: stypendia stażowe oraz pozostałe koszty związane z odbywaniem stażu)☐ dodatek relokacyjny☐ pośrednictwo pracyUzasadnienie wyboru (informacje wynikające z wywiadu, opis predyspozycji i preferencji zawodowych):………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| 1. **SZKOLENIA ZAWODOWE:**
 |
| * 1. **Proponowany kierunek szkolenia zawodowego (jeśli to możliwe proszę wskazać dwa szkolenia alternatywne):**
 |
| **Tytuł szkolenia:****Uzasadnienie wyboru (predyspozycje i preferencje zawodowego):** |
| * 1. **Wnioskuję o przyznanie mi stypendium szkoleniowego:**
 |
|  ☐ tak ☐ nie  |
| 1. **STUDIA PODYPLOMOWE:**
 |
| * 1. **Proponowany kierunek studiów podyplomowych:**
 |
|  |
| * 1. **Uzasadnienie wyboru (predyspozycje i preferencje zawodowe):**
 |
|  |
| * 1. **Deklaruję wniesienie wkładu własnego w wysokości 10% kosztów studiów podyplomowych (max. 600,00 zł)**
 |
|  ☐ tak ☐ nie |
| 1. **STAŻ ZAWODOWY:**
 |
| * 1. **Branża, stanowisko:**
 |
|  |
| * 1. **Uzasadnienie wyboru (predyspozycje i preferencje zawodowe):**
 |
|  |
| * 1. **Maksymalna odległość pracodawcy od miejsca zamieszkania:**
 |
|  |
| * 1. **Deklarowany termin podjęcia stażu:**
 |
|  |
| 1. **POŚREDNICTWO PRACY:**
 |
| * 1. **Maksymalna odległość miejsca pracy od miejsca zamieszkania:**
 |
|  |
| * 1. **Preferowane stanowisko pracy/charakter pracy/branża:**
 |
|  |
| * 1. **Ocena dyspozycyjności Uczestniczki/Uczestnika Projektu**
 |
| Wskazanie ograniczeń czasowych, opieki nad osobami zależnymi, realizacje innych przedsięwzięć terminowych. |
| * 1. **Deklarowany termin podjęcia zatrudnienia:**
 |
|  |
| 1. **PLANOWANE DZIAŁANIA W RAMACH IPD:**
 |
| Planowane zaangażowanie uczestnika w realizację IPD - wstępne działania wraz z terminami ich wykonania:1.2.3.4.  |

…………………………….………………………………………………… ………………………….………………………………………

 *(data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu) (czytelny podpis Doradcy zawodowego)*