

**Załącznik 2b do Regulaminu rekrutacji do Projektu
DIAGNOZA - spotkanie z przedstawicielem Komisji Rekrutacyjnej
„Praca na nowo – program outplacementowy w Wielkopolsce”
wraz z DIAGNOZĄ**

I. DANE KANDYDATKI/KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
Numer ewidencyjny formularza rekrutacyjnego:	_____ / DGA
Imię i nazwisko kandydatki / kandydata na uczestnika Projektu:	

II. DANE OSOBY OCENIAJĄCEJ FORMULARZ REKRUTACYJNY	
Imię i nazwisko:	
DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI I RZETELNOŚCI	
<p>Oświadczam, że z osobą, której formularz rekrutacyjny oceniam, nie pozostaję w stosunku faktycznym lub prawnym mogącym budzić wątpliwości, co do mojej bezstronności. W szczególności oświadczam, że z osobą, której formularz oceniam nie łączę i nie łączył mnie związek z tytułu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • małżeństwa, • pokrewieństwa lub powinowactwa (w linii prostej albo w linii bocznej do drugiego stopnia), • przysposobienia, opieki lub kurateli. <p>W razie zaistnienia okoliczności opisanej wyżej zobowiązuję się do wyłączenia się od oceny formularza rekrutacyjnego. Zobowiązuję się nie ujawniać informacji związanych z oceną formularza rekrutacyjnego oraz do tego, że dołożę należytej staranności dla zapewnienia, aby informacje dotyczące ocenianego przeze mnie formularza rekrutacyjnego nie zostały przekazane osobom nieuprawnionym.</p>	
Miejscowość i data	Czytelny podpis osoby oceniającej formularz rekrutacyjny

EWENTUALNY KOMENTARZ (jeśli dotyczy – na przykład w przypadku przekazania formularza rekrutacyjnego do oceny z listy rezerwowej, itp.)

I. A. DIAGNOZA, OCENA SZANSY UCZESTNIKA NA ZAKOŃCZENIE UDZIAŁU W PROJEKCIE¹				
NAZWA KRYTERIUM	SPEŁNIENIE KRYTERIUM		LICZBA PUNKTÓW ZA SPEŁNIENIE KRYTERIUM	PRYZNANA LICZBA PUNKTÓW ZA KRYTERIUM
Motywacja do udziału w Projekcie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	5 pkt.	
Możliwości zaaktywizowania Uczestnika Projektu (m.in. analiza sytuacji rodzinnej i zdrowotnej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	5 pkt.	
MAX. LICZBA PUNKTÓW:			10 pkt.	
PRYZNANA LICZBA PUNKTÓW				
EWENTUALNY KOMENTARZ (diagnoza na podstawie rozmowy z kandydatką/kandydatem na uczestnika Projektu – weryfikacja wiedzy, doświadczenia, zdolności i przeciwwskazań do wykonywania zawodu oraz sytuacji zdrowotnej i rodzinnej)				

I. B. KRYTERIA DODATKOWE				
NAZWA KRYTERIUM	SPEŁNIENIE KRYTERIUM PREMIUJĄCEGO		LICZBA PUNKTÓW ZA SPEŁNIENIE KRYTERIUM PREMIUJĄCEGO	PRYZNANA LICZBA PUNKTÓW ZA KRYTERIUM PREMIUJĄCE
Kobieta, która ma pod swoją opieką dziecko / osobę zależną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	2 pkt.	
Osoba niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	2 pkt.	
MAX. LICZBA PUNKTÓW:			4 pkt.	
PRYZNANA LICZBA PUNKTÓW				
EWENTUALNY KOMENTARZ:				

¹ UWAGA – uzyskanie 0 pkt. w jednym lub obu poniższych kryteriów oznacza odrzucenie zgłoszenia do udziału w Projekcie.



--

I. C. KOLEJNOŚĆ ZGŁOSZEŃ – ocena opcjonalna²

PRYZNANA LICZBA PUNKTÓW	_____ pkt.
<p>EWENTUALNY KOMENTARZ (Podać numery ewidencyjne ocenianych łącznie formularzy rekrutacyjnych wraz z punktacją)</p>	

II. PODSUMOWANIE – OCENA MERYTORYCZNA

<p>PRYZNANA ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW (suma zgodnie z liczbą punktów wskazanych w pkt. I.A. i/lub pkt I.B. i/lub I.C.)</p>	_____ pkt.
---	------------

III. DECYZJA O ZAKWALIFIKOWANIU DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

KWALIFIKACJA DO PROJEKTU	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
WPIS NA LISTĘ REZERWOWĄ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>PODSUMOWANIE (KOMENTARZ DO DOCEYZJI):</p>	

Miejscowość i data	Czytelny podpis osoby oceniającej formularz rekrutacyjny

² UWAGA – Ocena dokonywana jest tylko i wyłącznie w sytuacji, gdy dwie lub więcej osoby uzyskują taką samą liczbę punktów w pkt. I. A. i I. B. według schematu: *liczba ocenianych formularzy rekrutacyjnych = max. Liczba pkt. dla osoby, której formularz rekrutacyjny wpłynął w pierwszej kolejności, itd.*