**Załącznik nr 6**

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

|  |  |
| --- | --- |
| **INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA W RAMACH PROJEKTU:**  **„Aktywizacja Dolnośląskiego Rynku Pracy – IV edycja”** | |
| 1. **DANE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU:** | |
| 1. Imię i nazwisko |  |
| 1. Indywidualny numer zgłoszeniowy |  |
| 1. Adres zamieszkania/ korespondencyjny |  |
| 1. Numer telefonu |  |
| 1. Adres e-mail |  |
| 1. **WYKSZTAŁCENIE** (d*ata rozpoczęcia – data zakończenia/nazwa szkoły/kierunek/specjalność/tytuł zawodowy)*: | |
|  | |
| 1. **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** (o*kres zatrudnienia/ nazwa pracodawcy/ stanowisko/ zakres obowiązków)*: | |
|  | |
| 1. **UKOŃCZONE KURSY/ SZKOLENIA** (*nazwa/temat szkolenia)*: | |
|  | |
| 1. **UPRAWNIENIA/LICENCJE/CERTYFIKATY** | |
|  | |
| * 1. **PRAWO JAZDY: ☐** czynne **☐** bierne | |
| **Kategoria/uprawnienia:** | |
| 1. **ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH:** | |
|  | |
| 1. **UMIEJĘTNOŚĆ OBSŁUGI KOMPUTERA:** | |
|  | |
| 1. **DODATKOWE UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJE**: | |
|  | |
| 1. **ZAINTERESOWANIA:** | |
|  | |
| 1. **CECHY OSOBOWOŚCI:** | |
|  | |
| 1. **UWARUNKOWANIA ZDROWOTNE I SPOŁECZNE:** | |
| * 1. **PRZECIWSKAZANIA ZDROWOTNE DO WYKONYWANIA PRACY** *(orzeczenia, subiektywne odczucia, szczególne potrzeby związane z dostosowaniem stanowiska pracy)*: | |
|  | |
| * 1. **DYSPOZYCYJNOŚĆ UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU:** | |
|  | |
| 1. **PREDYSPOZYCJE I PREFERENCJE ZAWODOWE:** | |
|  | |
| 1. **ANALIZA ZASOBÓW I ZAGROŻEŃ:** (*mocne i słabe strony Uczestniczki/Uczestnika Projektu)* z wykorzystaniem analizy SWOT | |
|  | |
| 1. **CEL ZAWODOWY (CEL STRATEGICZNY)** *opis celu z wykorzystaniem metody SMART***:** | |
|  | |
| 1. **CELE SZCZEGÓŁOWE** *opis celu z wykorzystaniem metody SMART***:** | |
|  | |
| 1. **ALTERNATYWNY CEL ZAWODOWY:** | |
|  | |
| 1. **DZIAŁANIA ROZWOJOWE:** | |
| * 1. ***DZIAŁANIA REALIZOWANE W RAMACH PROJEKTU – FORMA WSPARCIA:*** | |
| ☐ szkolenia zawodowe (w tym: stypendia szkoleniowe dla uczestników szkoleń) – pkt. 18  ☐studia podyplomowe – pkt. 19  ☐ staże zawodowe (w tym: stypendia stażowe oraz pozostałe koszty związane z odbywaniem stażu) – pkt. 20  ☐ dodatek relokacyjny – pkt. 21  ☐ poradnictwo psychologiczne – pkt. 22  ☐ pośrednictwo pracy – pkt. 23  Uzasadnienie wyboru *(informacje wynikające z wywiadu, opis predyspozycji i preferencji zawodowych):*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....... | |
| * 1. ***DZIAŁANIA DO SAMODZIELNEJ REALIZACJI:*** | |
| Planowane zaangażowanie Uczestniczki/Uczestnika Projektu w realizację IPD – ustalone działania wraz z terminami ich realizacji oraz oczekiwanymi efektami:  1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  4. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

|  |
| --- |
| 1. **SZKOLENIA ZAWODOWE:** |
| * 1. **Proponowane kierunki szkolenia/kursu zawodowego (jeśli to możliwe proszę wskazać dwa szkolenia/kursy alternatywne):** |
| **Tytuł szkolenia:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Uzasadnienie wyboru** *(predyspozycje i preferencje zawodowe):*  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... |
| * 1. **W wyniku diagnozy, doradca wspólnie z Uczestnikiem/Uczestniczką ustalili, że szkolenia będą wybrane w ramach Bazie Usług Rozwojowych** |
| ☐ tak ☐ nie |
| * 1. **Uczestniczka/Uczestnik Projektu wnioskuje o przyznanie stypendium szkoleniowego:** |
| ☐ tak ☐ nie |

|  |
| --- |
| 1. **STUDIA PODYPLOMOWE:** |
| * 1. **Proponowany kierunek studiów podyplomowych:** |
| **Nazwa studiów podyplomowych:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **Uzasadnienie wyboru** *(predyspozycje i preferencje zawodowe):*  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| * 1. **W wyniku diagnozy, doradca wspólnie z Uczestnikiem/Uczestniczką ustalili, że studia podyplomowe będą wybrane w ramach Bazie Usług Rozwojowych** |
| ☐ tak ☐ nie |

|  |
| --- |
| 1. **STAŻ ZAWODOWY:** |
| * 1. **Preferowane stanowisko odbywania stażu zawodowego/charakter zadań/branża:** |
|  |
| **20.2 Uzasadnienie wyboru (predyspozycje i preferencje zawodowe):** |
|  |
| **20.3 Maksymalna odległość miejsca stażu zawodowego od miejsca zamieszkania:** |
|  |
| **20.4 Deklarowany termin podjęcia stażu zawodowego:** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **DODATEK RELOKACYJNY LUB ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU** |
| **21.1 Preferowana forma wsparcia:** |
| ☐ dodatek relokacyjny ☐ zwrot kosztów dojazdu |
| **21.2 Uzasadnienie wyboru formy wsparcia:** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **PORADNICTWO PSYCHOLOGICZNE** |
| **22.1 Uzasadnienie wyboru formy wsparcia:** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **POŚREDNICTWO PRACY:** |
| **23.1 Preferowane stanowisko pracy/charakter pracy/branża:** |
|  |
| **23.2 Ocena dyspozycyjności Uczestniczki/Uczestnika Projektu** *(wskazanie ograniczeń czasowych, opieki nad osobami zależnymi, realizacje innych przedsięwzięć terminowych):* |
|  |
| **23.3 Maksymalna odległość miejsca pracy od miejsca zamieszkania:** |
|  |
| **23.4 Deklarowany termin podjęcia zatrudnienia:** |
|  |

Wyrażam zgodę na proponowane działania aktywizacyjne wynikające z ustalonej dla mnie ścieżki uczestnictwa w Projekcie określonej w Indywidualnym Planie Działania.

W przypadku istotnych zmian zachodzących w sytuacji uczestnika, dopuszcza się możliwość modyfikacji IPD. Każda modyfikacja IPD będzie uzasadniona na piśmie przez doradcę zawodowego i za zgodą Uczestnika/Uczestniczki.

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

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

|  |
| --- |
| 1. **ZAKOŃCZENIE REALIZACJI IPD, PODSUMOWANIE DZIAŁAŃ:** |
| * 1. ***PODSUMOWANIE, PRZEBIEG I WYNIKI DZIAŁAŃ ZAPLANOWANYCH W IPD****:* |
| *Analiza informacji na ile IPD był trafny, skutecznie, sprawnie i terminowo zrealizowany; w jakim stopniu Uczestnik zaangażował się w jego wykonanie:*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......... |
| * 1. ***WYNIK KOŃCOWY REALIZACJI IPD:*** |
| ☐ zrealizowano zaplanowane działania  ☐częściowo zrealizowano zaplanowane działania \*  ☐ zaplanowane działania nie zostały zrealizowane \*  \* Powody i przyczyny zaniechania realizacji działań zaplanowanych w IPD:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………… |

………………………….………………………………………

*(czytelny podpis doradcy zawodowego)*

**ANKIETA PRZYDATNOŚCI PORADNICTWA ZAWODOWEGO**

w ramach Projektu „Aktywizacja Dolnośląskiego Rynku Pracy – IV edycja”

nr FEDS.07.04-IP.02-0004/23

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki Projektu** |  |
| **Imię i nazwisko doradcy zawodowego** |  |
| **Ilość spotkań z doradcą zawodowym** |  |
| **Jak ocenia Pan/Pani sposób prowadzenia spotkania przez doradcę zawodowego?** | Przyjazny – Nieprzyjazny  5 4 3 2 1 |
| **Jak ocenia Pan/Pani wartość uzyskanych w trakcie spotkania informacji?** | Przydatne – Nieprzydatne  5 4 3 2 1 |
| **Czy ścieżka udziału w projekcie została wybrana zgodnie z Pana/Pani oczekiwaniami?** | Tak Nie |
| **W jakim stopniu wybrana forma wsparcia ułatwi Panu/Pani aktywizację zawodową (utrzymanie zatrudnienia, znalezienie nowej pracy, rozpoczęcie działalności gospodarczej)?** | Dużym - Małym  5 4 3 2 1 |
| **Jak ocenia Pan/Pani potrzebę dalszego wsparcia w zakresie poradnictwa zawodowego?** | Potrzebne - Niepotrzebne  5 4 3 2 1 |
| **Tematyka ewentualnych kolejnych spotkań:** |  |
| **Uwagi dotyczące poradnictwa:** |  |

………………………………………………………..

*(Data, podpis Uczestnika/Uczestniczki)*