

Projekt: Wspólnie Możemy Pomóc Pracować II

INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA

I. DIAGNOZA SYTUACJI ZAWODOWEJ UCZESTNIKA

Data:

Imię i nazwisko
Adres:
Wiek:

Posiadany stopień/rodzaj niepełnosprawności:
Wykształcenie /Zawód wyuczony:
Dodatkowe kwalifikacje:

Doświadczenie zawodowe (staż pracy w latach
w tym w zawodach <i>(wykonywane zawody, zajmowane stanowiska pracy)</i>

Obecna działalność zawodowa:

Projekt: Wspólnie Możemy Pomóc Pracować II

Czynniki społeczno-ekonomiczne *(sytuacja rodzinna, konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem lub członkiem rodziny itp.)*

Ograniczenia/przeciwwskazania zawodowe:

Problem zawodowy:

Predyspozycje zawodowe *(z wykorzystaniem co najmniej jednego narzędzia diagnostycznego, opis wyników badania).*

Kierunki rozwoju zawodowego

(w tym: kierunku (obszaru) szkolenia zawodowego pozwalającego nabyć kompetencje zawodowe i/lub uzyskać kwalifikacje zawodowe w celu podjęcia zatrudnienia (Uczestnik niepracujący) lub poprawy sytuacji na rynku pracy (Uczestnik pracujący), a także określenie zakresu stażu zawodowego - w przypadku zidentyfikowania u Uczestnika braku lub niewystarczającego doświadczenia zawodowego).

.....
Data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

.....
podpis Trenera Pracy



Projekt: Wspólnie Możemy Pomóc Pracować II

Projekt: Wspólnie Możemy Pomóc Pracować II

II. INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA

1	Cel strategiczny (główny)	Data realizacji (DO)	
a	Znalezienie odpowiedniego zatrudnienia		
b	Poprawa sytuacji zawodowej		
c	Nabycie kompetencji językowych		
2	Cele szczegółowe		
a	Nabycie doświadczenia zawodowego		
b	Nabycie/ zmiana kwalifikacji językowych		
c	Nabycie wiedzy o rynku pracy i technikach skutecznego poruszania się po nim		
d	Inne:		
3	Działania prowadzące do realizacji celów	Data /Forma (OD DO)	
a	Pośrednictwo pracy		
b	Staż		
c	Poradnictwo zawodowe		
d	Wsparcie trenera pracy		
e	Warsztaty Antymobbingowe		
	Szkolenie z kompetencji miękkich		
	Szkolenie Indywidualne (księgowość, technik dźwięku, freelancer) – do wyboru		
<p>.....</p> <p><i>Miejscowość i data</i></p>			
<p>.....</p> <p><i>Czytelny podpis Uczestnika/ Uczestniczki</i></p>			



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Projekt: Wspólnie Możemy Pomóc Pracować II

4.	Oczekiwane rezultaty projektu:
5.	Opis faktycznych rezultatów/działań:
6.	Przyczyny niepowodzeń (jeśli wystąpiły)
7.	Wynik końcowy:



Projekt: Wspólnie Możemy Pomóc Pracować II

**III. Realizacja IPD przez Uczestnika/ Uczestniczkę ze wsparciem
Trenera Pracy**

.....
(Imię i nazwisko)

Lp.	Forma wsparcia	Podpis Trenera Pracy	Podpis Uczestnika/ Uczestniczki	Data wsparcia
1	Poradnictwo zawodowe			
2	Poradnictwo zawodowe			
3	Poradnictwo zawodowe			
4	Poradnictwo zawodowe			
5	Poradnictwo zawodowe			
6	Pośrednictwo pracy			
7	Pośrednictwo pracy			
8	Pośrednictwo pracy			
9	Pośrednictwo pracy			
10	Pośrednictwo pracy			
11	Wsparcie trenera pracy			
12	Wsparcie trenera pracy			
13	Wsparcie trenera pracy			
14	Wsparcie trenera pracy			
15	Wsparcie trenera pracy			



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Fundacja
Aktywizacja
Bez Granic

Projekt: Wspólnie Możemy Pomóc Pracować II

16	Warsztaty Antymobbingowe			
17	Szkolenie z kompetencji miękkich			
18	Szkolenie indywidualne			
19	Staż			

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

IV. Zakończenie realizacji IPD. Podsumowanie działań

1.	ZAKOŃCZENIE REALIZACJI IPD:
2.	PODSUMOWANIE DZIAŁAŃ: