**Əlilliyi olan şəxslərin məşğulluq qabiliyyətlərinin artırılması proqramı**

## LAYİHƏ HAQQINDA

Əlilliyi olan şəxslərin məşğulluq qabiliyyətlərinin artırılması layihəsi BP və onun tərafdaşlarının Azərbaycan Respublikası Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyi ilə əməkdaşlıqda Bakı şəhərində həyata keçirdiyi bir layihədir. Layihə British Council tərəfindən icra olunur.

Layihənin əsas məqsədi Bakıda yaşayan əlilliyi olan şəxslərin məşğulluq bacarıqlarını inkişaf etdirmək və onların iş perspektivlərini artırmaqdır.

Layihə aşağıdakı fəaliyyətləri əhatə edir:

1. Seçim mərhələsi (ərizələrin qəbulu və müsahibə)

Ərizələrin qəbulu British Council tərəfindən həyata keçirilir. Ərizələr əsasında seçilmiş namizədlər müsahibələrə dəvət olunacaqlar. Müsahibələrdən uğurlu nəticə əldə edən şəxslər təlim proqramında iştirak etmək imkanı əldə edəcəklər.

1. Təlimlər

Layihə çərçivəsində seçilmiş namizədlər cari il ərzində aşağıdakı istiqamətlər üzrə təlimlərdə iştirak edəcəklər:

* İngilis dili üzrə təlimlər
* Kompüter üzrə təlimlər (ilkin bacarıqlar (ECDL)
* Sosial bacarıqların inkişaf etdirilməsi üzrə təlimlər
* Spesifik iş sahələri üzrə bacarıqların inkişaf etdirilməsi

Təlimlər 2019- 2020-ci il ərzində 10 ay müddətində keçiriləcəkdir.

Proqram çərçivəsində iştirakçılar üçün psixoloji konsultasiyaların keçirilməsi də nəzərdə tutulmuşdur.

*Qeyd: Proqrama yalnız həqiqi yaşayış yeri Bakı şəhəri olan şəxslər müraciət edə bilərlər. British Council namizədlərin ərizə formasında yaşayış yeri, əlillik, təhsil, iş və ya digər kriteriyalar üzrə təqdim etdiyi məlumatların həqiqiliyini yoxlamaq üçün əlavə sənədlər tələb edə bilər.*

# ƏRİZƏ FORMASI

1. **ƏLAQƏ MƏLUMATI:**

Ad və soyad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yaşadığınız ünvan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Əlaqə nömrəsi (ev): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **ŞƏXSİ MƏLUMAT:**

Şəxsiyyət vəsiqəsinin nömrəsi*:* \_\_\_\_\_\_\_\_

FİN *(fərdi identifikasiya nömrəsi):* \_\_\_\_\_\_\_\_

Kişi: [ ]  Qadın: [ ]

Təvəllüd (gün/ay/il): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **TƏHSİLİNİZ HAQQINDA MƏLUMAT:** (son təhsil aldığınız tədris müəssisəsindən başlayaraq)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tədris müəssisəsi, fakültəvə ya bölmə | Aldığınız dərəcə, ixtisas | Başlama və bitirmə ili |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **İŞ TƏCRÜBƏSI HAQQINDA MƏLUMAT:**

Hazırda işlədiyiniz müəssisənin adı: (olmadığı halda boş saxlayın)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **ƏLILLIK BARƏDƏ MƏLUMAT**

Əlillik qrupu: I qrup [ ]  II qrup [ ]  III qrup [ ]

Əlillik təyinatının aparıldığı diaqnoz: \_\_\_\_\_\_\_\_

Təkərli kürsü (araba) istifadəçisi olmağınız: hə [ ]  yox [ ]

Əlilliyin təyin olduğu tarix: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Əlilliyiniz barədə əlavə məlumatı daxil edin (zəruri hesab etdiyiniz halda):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **ƏLAVƏ BACARIQLAR**

**Kompüter bacarıqları üzrə bilik səviyyəniz:**

Ofis proqramları (adlarını qeyd edin): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktiv kompüter/internet istifadəçisiyəm: Bəli [ ]  Xeyr [ ]

Bildiyiniz digər kompüter proqramlarım adlarını qeyd edin:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**İngilis dili üzrə bilik səviyyəniz:**

*Danışıq* [ ]  Çox yaxşı [ ]  Yaxşı [ ]  Orta [ ]  Aşağı

*Yazı* [ ]  Çox yaxşı [ ]  Yaxşı [ ]  Orta [ ]  Aşağı

**Azərbaycan dili üzrə bilik səviyyəniz:**

*Danışıq* [ ]  Çox yaxşı [ ]  Yaxşı [ ]  Orta [ ]  Aşağı

*Yazı* [ ]  Çox yaxşı [ ]  Yaxşı [ ]  Orta [ ]  Aşağı

**Bildiyiniz digər dil(lər) varsa qeyd edin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hər hansı digər bacarıqlarınız varsa qeyd edin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Proqramda iştirak etmək istəyiniz barədə qısa məlumat verin. (maksimum 150 söz)*

*Hansı sahədə işləməyi arzu edirsiniz? (maksimum 100 söz)*

*Daha əvvəl hər hansı digər proqram/layihə və ya tədbirlərdə iştirak etmisinizsə, adlarını qeyd edin.*

Bu ərizə formasını siz doldurmusunuz? □

Bu ərizə formasını siz doldurmusunuz? □ Bəli □ Xeyir

Bütün göstərilən məlumatlar doğrudurmu? □ Bəli □ Xeyir

Ərizəçinin adı/soyadı: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tarix: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

British Council bərabər imkanlar siyasətinin tərəfdarıdır və müxtəlifliyi təbliğ edir.

**Məlumatın saxlanmasına dair qeyd**

Göstərdiyiniz məlumat yalnız British Council-ın icra etdiyi Əlilliyi olan şəxslərin məşğulluq qabiliyyətlərinin artırılması proqramı çərçivəsində istifadə olunacaq.

Bununla siz qeyd etdiyiniz məlumatın və işin sizin bacarıq və biliyinizin qiymətləndirilməsi məqsədilə bu layihə çərçivəsində təyin olunmuş və British Council və layihədə iştirak edən digər tərəflərin nümayəndələrinin də daxil olduğu Seçki Komitəsinə ötürülməsinə razılıq verirsiniz. Göstərdiyiniz bütün məlumatlar British Council-ın məlumatın saxlanma siyasətinə uyğun olaraq qorunub saxlanılacaq.

Ərizə ilə bağlı hər hansı bir sualınız olarsa, bizə müraciət edin:

Telefon (+994 12) 497 1593 Faks (+99412) 4989236

E-poçt: Flora.Poladova1@britishcouncil.az