

**Ocena zawodowa dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności
oraz rehabilitacji zawodowej**

PZO

I. Dane osobowe:

1. imię i nazwisko
2. nr i seria dokumentu tożsamości*: ☐ dowód osobisty
☐ paszport, ☐ inny
3. numer PESEL¹, data urodzenia
4. adres zamieszkania/pobytu²:.....
.....
5. źródła dochodu*: ☐ wynagrodzenie, ☐ brak, ☐ na utrzymaniu rodziny, ☐ pomoc społeczna,
☐ zasiłek dla bezrobotnych, ☐ emerytura/renta, ☐ inne

II. Podstawowe problemy zdrowotne:
.....
.....

III. Wykształcenie:

1. wykształcenie*: ☐ podstawowe, ☐ gimnazjalne, ☐ zasadnicze zawodowe, ☐ średnie ogólnokształcące,
☐ średnie zawodowe, ☐ policealne, ☐ licencjat, ☐ inżynier, ☐ magister,
☐ inne (w tym kontynuacja nauki)
2. kierunek kształcenia:
3. uzyskany zawód:
4. inne (np. studia podyplomowe):
.....

IV. Kwalifikacje:

1. szkolenia i kursy (w tym zdobyte uprawnienia, staże/praktyki):
.....
2. znajomość obsługi komputera:
.....
3. prawo jazdy*: ☐ nie posiada, ☐ posiada (jakiej kategorii?)
4. języki obce*: ☐ brak znajomości, ☐ posiada znajomość (jakie? poziom znajomości)
.....

V. Przebieg kariery zawodowej:

1. ogólny staż pracy:(lata);
2. wykonywane zawody:
.....

¹ obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

² niewłaściwe skreśl

.....
3. aktualnie wykonywana praca (stanowisko pracy, wykonywane czynności, obsługiwane urządzenia):

.....
4. przyczyna zaprzestania ostatniego zatrudnienia (kiedy to nastąpiło?):

.....
5. nabyte umiejętności zawodowe (w tym umiejętności obsługi maszyn i urządzeń):

.....
uwagi:

.....
VI. Plany zawodowe oraz motywacja osoby do podjęcia/kontynuowania zatrudnienia:

.....
VII. Ogólna ocena perspektyw zawodowych orzekałego pod kątem zatrudnienia:

1. sugestie dotyczące dalszego szkolenia zawodowego lub przekwalifikowania:

.....
2. zdolność do zatrudnienia*: ☐ zdolna, ☐ niezdolna

3. ograniczenia w zatrudnieniu*: ☐ brak, ☐ występują (jakie?):

.....
4. wymogi stanowiska pracy (z uwzględnieniem psychofizycznych możliwości osoby):

.....
VIII. Zalecany rodzaj miejsca pracy*: ☐ otwarty rynek pracy, ☐ zakład aktywności zawodowej,
☐ zakład pracy chronionej, ☐ stanowisko przystosowane na otwartym rynku pracy

.....
uwagi:

.....
IX. Wskazane uczestnictwo w terapii zajęciowej*: ☐ TAK, ☐ NIE

**X. Występujące trudności w pełnieniu ról społecznych w zakresie samoobsługi i samodzielnego zaspokajania
potrzeb życiowych:**

.....

.....

.....

.....

XI. Proponowane rozstrzygnięcie*:

☐ **brak stopnia niepełnosprawności***

☐ **lekki stopień niepełnosprawności*:**

- istotne obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną
- ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne

☐ **umiarkowany stopień niepełnosprawności*:**

- osoba niezdolna do pracy
- osoba zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej
- osoba wymagająca czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych

☐ **znaczny stopień niepełnosprawności*:**

- osoba niezdolna do pracy i wymagająca, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji
- osoba zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagająca, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

XII. Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Płock, data

podpis doradcy zawodowego

* właściwe zakresł