



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „AKADEMIA RODZINNA”

.....
data i podpis osoby przyjmującej formularz

1. DANE RODZICA/ PRAWNEGO OPIEKUNA DZIECKA

Nazwisko:	Imię/Imiona:	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data, miejsce, województwo urodzenia:		Wiek (w latach):
PESEL: <input type="text"/>	NIP : <input type="text"/>	
Adres zameldowania: ulica nr domu / nr lokalu miejscowość..... kod pocztowy poczta powiat województwo <input type="checkbox"/> obszar miejski (miasta, gminy miejskie oraz część miejska gminy miejsko- wiejskiej) <input type="checkbox"/> obszar wiejski (gminy wiejskie, część wiejska gminy miejsko-wiejskiej)	Dane kontaktowe: Numer telefonu stacjonarnego Numer telefonu komórkowego Adres poczty elektronicznej	Adres do korespondencji <i>(wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zameldowania)</i>
Informacje o statusie rodzica/ prawnego opiekuna dziecka <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna, zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna, zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> osoba nieaktywna zawodowo- osoba niepracująca, niezarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> osoba pracująca, zatrudniona w <i>mikro przedsiębiorstwie/ małym przedsiębiorstwie/ średnim przedsiębiorstwie/ dużym przedsiębiorstwie/ organizacji pozarządowej/ administracji publicznej/ rolnik/ osoba samozatrudniona</i> ¹		
Posiadam wykształcenie: <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe		
Informacje dodatkowe: Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		

¹ niewłaściwe skreślić





2. DANE DZIECKA

Nazwisko:	Imię/Imiona:	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data, miejsce, województwo urodzenia:		Wiek (w latach):
PESEL:	Adres zameldowania: <i>(wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania rodzica/ prawnego opiekuna dziecka)</i> ulica nr domu / nr lokalu miejscowość..... kod pocztowy pocztą powiat województwo <input type="checkbox"/> obszar miejski (miasta, gminy miejskie oraz część miejska gminy miejsko- wiejskiej) <input type="checkbox"/> obszar wiejski (gminy wiejskie, część wiejska gminy miejsko-wiejskiej)	
Adres do korespondencji <i>(wypełnić jeśli jest inny niż adres do korespondencji rodzica/ prawnego opiekuna dziecka)</i>		

3. DANE DOTYCZĄCE UDZIAŁU W PROJEKCIE

Jestem zainteresowany/a udziałem: <input type="checkbox"/> moim i mojego dziecka <input type="checkbox"/> wyłącznie mojego dziecka
w następujących formach wsparcia: <input type="checkbox"/> Warsztatach dla rodziców i dzieci <input type="checkbox"/> Zajęciach tanecznych dla dzieci <input type="checkbox"/> Doradztwie
Zamierzam starać się o zwrot kosztów dojazdu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Źródło informacji o projekcie: <input type="checkbox"/> plakaty <input type="checkbox"/> ulotki <input type="checkbox"/> znajomi <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> prasa <input type="checkbox"/> inne (<i>jakie?</i>)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, ja niżej podpisany zaświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna dziecka





2a. DANE DZIECKA (wypełniane przez rodzica/ prawnego opiekuna wyłącznie w momencie zgłaszania do udziału w projekcie kolejnego dziecka)

Nazwisko:	Imię/Imiona:	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data, miejsce, województwo urodzenia:		Wiek (w latach):
PESEL:	Adres zameldowania: <i>(wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania rodzica/ prawnego opiekuna dziecka)</i> ulica nr domu / nr lokalu miejscowość..... kod pocztowy pocztą powiat województwo	
Adres do korespondencji <i>(wypełnić jeśli jest inny niż adres do korespondencji rodzica/ prawnego opiekuna dziecka)</i>		<input type="checkbox"/> obszar miejski (miasta, gminy miejskie oraz część miejska gminy miejsko- wiejskiej) <input type="checkbox"/> obszar wiejski (gminy wiejskie, część wiejska gminy miejsko-wiejskiej)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, ja niżej podpisany zaświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna dziecka





KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Świadomy/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia, ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję zawarte w nim warunki;
- zostałem/am poinformowany/a, że Projekt pn. "Akademia Rodzinna" jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr. 101, poz. 926, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych oraz danych osobowych mojego dziecka (w tym danych wrażliwych) dla celów związanych z procedurą rekrutacji i realizacją Projektu pn. „Akademia Rodzinna” oraz dla potrzeb zgodnych z działalnością KSWP, a dane moje i mojego dziecka mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści w/w danych i ich poprawiania;
- wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku oraz wizerunku mojego dziecka przez Koneckie Stowarzyszenie Wspierania Przedsiębiorczości dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych, marketingowych związanych z realizowanym Projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto wizerunek mój i mojego dziecka może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- moja zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz na wykorzystywanie i rozpowszechnianie wizerunku nie jest ograniczona terytorialnie i czasowo.

.....
data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna dziecka



KONECKIE STOWARZYSZENIE
WSPIERANIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI
26-200 Końskie, ul. Mieszka I 1,
tel./fax. 041 375 14 55/56,
e-mail: kswp@kswp.org.pl,
www.kswp.org.pl



Projekt „Akademia Rodzinna” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Działanie 9.5. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Projekt realizowany na podstawie umowy podpisanej ze Świętokrzyskim Biurem Rozwoju Regionalnego, pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej 1 stopnia w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki





KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

.....
(pieczęć zakładu pracy)

ZAŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE ZATRUDNIENIE

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/ Pani
(imię i nazwisko)

urodzony/a W, zamieszkały/a
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

.....
(adres zameldowania)

legitymujący/a się dowodem osobistym jest pracownikiem
(seria i nr dowodu)

.....
(pełna nazwa i adres zakładu pracy)

zatrudnionym na podstawie umowy zawartej na
(forma zatrudnienia)

okres próbnyczas określony/czas nieokreślony¹ od do
(data zawarcia umowy) (data zakończenia współpracy)

Jednocześnie zaświadcza się, że Pracownik nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy.

Rodzaj przedsiębiorstwa:²

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia organizatorowi szkolenia realizowanego w ramach Projektu pn. „Akademia Rodzinna”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis pracodawcy

¹ niewłaściwe skreślić

² mikro przedsiębiorstwo, małe przedsiębiorstwo, średnie przedsiębiorstwo, duże przedsiębiorstwo, organizacja pozarządowa, administracja publiczna



KONECKIE STOWARZYSZENIE
WSPIERANIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI
26-200 Końskie, ul. Mieszka I 1,
tel./fax. 041 375 14 55/56,
e-mail: kswp@kswp.org.pl,
www.kswp.org.pl



Projekt „Akademia Rodzinna” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Działanie 9.5. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Projekt realizowany na podstawie umowy podpisanej ze Świętokrzyskim Biurem Rozwoju Regionalnego, pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej 1 stopnia w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

