

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Czas na zmiany”

Nr projektu WND-POKL.06.01.01-18-213/12

.....
Data i podpis osoby przyjmującej

Nazwisko:	Imię:	Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>																			
Data i miejsce urodzenia:	Wiek (w latach):																				
PESEL: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>											NIP <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
Adres zameldowania: ulica nr domu / nr lokalu miejscowość..... kod pocztowy poczta powiat województwo <input type="checkbox"/> obszar miejski (gminy miejskie i miasta) <input type="checkbox"/> obszar wiejski (gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie poza granicami administracyjnymi miast)	Dane kontaktowe: Numer telefonu stacjonarnego Numer telefonu komórkowego Adres e-mail Adres do korespondencji: (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zameldowania)																				



Posiadam wykształcenie: <input type="checkbox"/> wyższe magisterskie z tytułem <input type="checkbox"/> wyższe niepełne (licencjat) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> niepełne podstawowe	Jestem zainteresowana/y udziałem w szkoleniu: <input type="checkbox"/> Operator ładowarki <input type="checkbox"/> Opiekun osób zależnych <input type="checkbox"/> Magazynier –sprzedawca z obsługą kasy fiskalnej i wózka widłowego <input type="checkbox"/> Pracownik biurowy/ sekretarz
Czy zamierza się Pani starać o zwrot kosztów dojazdu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy posiada Pani pod opieką osobę zależną? <small>Osoba zależna oznacza osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem lub wspólnym gospodarstwem domowym z osobą objętą działaniami w ramach projektu</small> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy zamierza się Pani starać o bezpłatną opiekę nad osobą zależną podczas uczestnictwa w szkoleniach? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Doświadczenie zawodowe: Ostatnie miejsce pracy (Nazwa firmy, miejscowość)..... Ostatnio zajmowane stanowisko..... Okres zatrudnienia w ostatnim miejscu pracy..... Forma zatrudnienia w ostatnim miejscu pracy..... Staż pracy (w latach lub miesiącach)..... Zawód	

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć wszystkie kategorie, które Pani / Pana dotyczą):

- Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia, zarejestrowaną w Urzędzie Pracy
- Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej tj. powyżej 18 roku życia oraz poniżej 60 roku życia(kobiety) i 64 roku życia (mężczyźni).
- Jestem osobą długotrwale bezrobotną (pozostają bez zatrudnienia przez okres co najmniej 12 kolejnych miesięcy w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu)
- Jestem osobą uczącą lub kształcąca się

Źródło informacji o projekcie:

- plakaty ulotki znajomi Internet
- prasa inne (jakie?)

Ja niżej podpisana oświadczam, że:

- Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Poddziałanie 6.1.1 „Wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia na regionalnym rynku pracy” programu Operacyjnego Kapitał Ludzki
- Zostałam/em poinformowana/y że szkolenie może się odbywać się w innym miejscu niż miejsce mojego zamieszkania.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z przepisami art. 23 ust. 1 z dn.29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.), do celów związanych z realizacją i promocją projektu „Czas na zmiany”, w ramach Poddziałania 6.1.1 „Wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia na regionalnym rynku pracy” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez KSWP Końskie z obowiązków sprawozdawczych z realizacji projektu wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy, ul. Lisa Kuli 20, 35-025 Rzeszów. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie w/w danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących w/w informacje przez Wojewódzki Urząd Pracy w Rzeszowie, ul. Lisa Kuli 20, 35-025 Rzeszów, lub podmiot przez niego upoważniony do celów sprawozdawczych z realizacji usług, w których brałam udział oraz monitoringu oraz ewaluacji projektu.
- Zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych(oraz ich poprawiania) przetwarzanych przez Koneckie Stowarzyszenie Wspierania Przedsiębiorczości w Końskich.
- Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie „Czas na zmiany”, zawartymi w Regulaminie Uczestnictwa i akceptuję warunki w nim zawarte. Jednocześnie stwierdzam, iż zgodnie z wymaganiami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w/w projekcie. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w projekcie.
- Jestem świadoma/y, że Zgłoszenie udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Oświadczam, że zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności prawnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata

