

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA

DANE PRACOWNIKA ZGŁASZANEGO DO UDZIAŁU W PROJEKCIE (Wypełnić osobno dla każdej zgłaszanej osoby)			
DANE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI	IMIĘ		
	NAZWISKO		
	PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIECIA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	
	WIEK		NR PESEL
	WYKSZTAŁCENIE (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> brak (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej – wykształcenie średnie lub zawodowe) <input type="checkbox"/> pomaturalne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym, niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)	
	ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	OPIEKA NAD DZIEĆMI DO LAT 7 LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ
DANE KONTAKTOWE	ULICA		
	NR DOMU /		NR LOKALU
	KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ
	POWIAT		WOJEWÓDZTWO
	TELEFON/FAX		ADRES E-MAIL
OBSZAR (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Obszar wiejski - tereny położone poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy wiejsko - miejskiej <input type="checkbox"/> Obszar miejski - miasta oraz część miejska gminy wiejsko – miejskie		
Forma współpracy z przedsiębiorstwem	<input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Przedsiębiorca		
MIEJSCE ZATRUDNIENIA			
ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE	<input type="checkbox"/> plakat, ulotka <input type="checkbox"/> prasa, radio <input type="checkbox"/> strona internetowa <input type="checkbox"/> inne.....		

WYBÓR SZKOLENIA Z **BRANŻY USŁUG FINANSOWYCH** (właściwe zaznaczyć)

NAZWA SZKOLENIA	POZIOM ZAAWANSOWANIA
<input type="checkbox"/> Szkolenie z zakresu podatków VAT, CIT, PDOF	<input type="checkbox"/> podstawowy <input type="checkbox"/> zaawansowany
<input type="checkbox"/> Szkolenie z zakresu podatkowej księgi przychodów i rozchodów	
<input type="checkbox"/> Szkolenie z zakresu sporządzania sprawozdania finansowego i bilansu	<input type="checkbox"/> podstawowy <input type="checkbox"/> zaawansowany
<input type="checkbox"/> Szkolenie z zakresu kadr i płac	<input type="checkbox"/> zaawansowany
<input type="checkbox"/> Szkolenie z rozliczania inwestycyjnych projektów finansowanych z UE	<input type="checkbox"/> zaawansowany
<input type="checkbox"/> Szkolenie z zakresu rozliczania projektów PO KL	

WYBÓR SZKOLENIA Z **BRANŻY USŁUG HANDLOWYCH** (właściwe zaznaczyć)

NAZWA SZKOLENIA
<input type="checkbox"/> ABC handlu

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis osoby kierowanej na szkolenie(kandydata)

.....
Pieczętka przedsiębiorstwa

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Uprzedzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałam/-em się z Regulaminem Uczestnictwa projektu „Weekendowa edukacja” i akceptuję jego warunki.
3. Zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie wiąże się z uzyskaniem pomocy de minimis.
5. Jestem świadoma/-y, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
6. Mam świadomość, że szkolenie może odbywać się w miejscowości innej od miejsca wykonywania pracy
7. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych i testach sprawdzających poziom wiedzy, przeprowadzanych na początku, w trakcie i na koniec udziału w szkoleniach tj.2 miesiące po zakończeniu szkolenia
8. Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku zarejestrowanego na materiałach fotograficznych i filmowych wyłącznie dla potrzeb realizacji i promocji Projektu.
9. Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane przeze mnie do Europejskiego Domu Spotkań – Fundacja Nowy Staw, stają się własnością Instytucji i nie mam prawa żądać ich zwrotu.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pt. „Weekendowa edukacja” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest Minister Infrastruktury i Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art.23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Weekendowa edukacja” ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL);
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej II stopnia – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Rzeszowie, ul. Lisa Kuli 20, 35-025 Rzeszów, beneficjentowi realizującemu projekt - Europejskiemu Domowi Spotkań – Fundacji Nowy Staw, ul. Przechodnia 4, 20-003 Lublin. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej lub beneficjentowi badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL lub Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach POKL;
5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam że, kwalifikuję się do grupy Uczestników projektu realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, tj. Priorytet VIII Regionalne kadry gospodarki, Działanie 8.1 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Poddziałanie 8.1.1 Wspieranie Rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw, tj. spełniam łącznie następujące wymagania:

- jestem pracownikiem/właścicielem¹ mikro, małego, średniego przedsiębiorstwa
- przedsiębiorstwo, w którym pracuję działa w branży handlowej lub finansowej (wg PKD2007)
- pracuję na terenie woj. podkarpackiego w jednym z powiatów: bieszczadzki, brzozowski, leski, lubaczowski, przemyski, strzyżowski
- przedsiębiorstwo, w którym pracuję/którego jestem właścicielem* nie jest przedsiębiorstwem znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, nie znajduje się pod zarządem komisarycznym, nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego lub naprawczego

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki

* Niewłaściwe skreślić



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Weekendowa edukacja” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro projektu: ul. Legionistów 4, 36- 200 Brzozów, tel.:13 497 10 35, e-mail: brzozow@irp-fundacja.pl, www.irp-fundacja.pl/weekendowaedukacja