

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Postaw na rozwój - bezpłatne szkolenia komputerowe”

Lp	Nazwa	Dane Uczestnika Projektu (proszę wypełnić drukowanymi literami)	
1	Imię (imiona) i nazwisko		
2	PESEL		<input type="checkbox"/> brak numeru PESEL
3	Wykształcenie (proszę zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe (szkoła podstawowa – ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (gimnazjum – ISCED 2)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa – ISCED3) <input type="checkbox"/> Policealne (szkoły policealne – ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (studia I stopnia i II stopnia, studia doktoranckie)
4	Województwo/Powiat		
5	Gmina		
6	Kod pocztowy/Miejscowość		
7	Ulica/nr budynku/nr lokalu		
8	Telefon kontaktowy		
9	Adres e-mail		
10	Status na rynku pracy (proszę zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca: <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w mikro-, małym lub średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne	
11	Wykonywany zawód (proszę zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy	

		<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno –pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny (nie należący do żadnej z kategorii powyżej)
12	Nazwa i adres zakładu pracy (dla osób pracujących)	
13	Wybór formy wsparcia (proszę zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> szkolenie komputerowe (poziom podstawowy) <input type="checkbox"/> szkolenie komputerowe (poziom średniozaawansowany)
14	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnościami: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą pod rygorem zapisów zawartych w Regulaminie Projektu.
2. Przyjmuję do wiadomości zakres danych osobowych do przetwarzania i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w w/w. zakresie.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki oraz spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w w/w. projekcie.

miejsce, data

czytelny podpis

.....

.....