

KARTA ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU

„Dostosowanie oferty edukacyjnej Wyższej Szkoły Finansów i Prawa w Bielsku-Białej do potrzeb gospodarki, rynku pracy i społeczeństwa”

POWR.03.05.00-00-z038/17

KURS OBSŁUGI SYSTEMÓW SYMFONIA / OPTIMA

Ja niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko, nr PESEL)

dobrowolnie deklaram swój udział

w projekcie pn. „Dostosowanie oferty edukacyjnej Wyższej Szkoły Finansów i Prawa w Bielsku-Białej do potrzeb gospodarki, rynku pracy i społeczeństwa” realizowanego przez Wyższą Szkołę Finansów i Prawa w Bielsku-Białej.

Oświadczam, że:

- dobrowolnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie i chęć podnoszenia kompetencji przez udział w szkoleniu językowym,
- zapoznałem/łam się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuję się do stosowania postanowień tych dokumentów,
- zostałem/łam poinformowany/a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych w art.24 ust.1 ustawy z dn. 29.08.1997r. (tekst jednolity Dz. U. z 2016r., poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do realizacji w/w projektu, Oświadczam, że przyjmuje do wiadomości informacje, których mowa w art.24 ust. 1 ustawy z dn. 29.08.1997r. (tekst jednolity Dz. U. z 2016r., poz. 922)
- wyrażam zgodę na badania ewaluacyjne oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie,
- zostałem/łam pouczone/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- wyrażam zgodę na utrwalanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku dla celów związanych z realizacją projektu (w szczególności związanych z promocją i sprawozdawczością);
- spełniam warunki kwalifikowalności uczestnika projektu.

Bielsko-Biała,

Data i czytelny podpis



FORMULARZ REJESTRACYJNY UCZESTNIKA KURSU

DANE UCZESTNIKA

Kraj	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe

DANE KONTAKTOWE

Województwo			
Powiat			
Gmina			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			

SZCZEGÓŁY WSPARCIA

Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę wstawić znak „X” we właściwych kratkach)	
1	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <u>niezarejestrowana</u> w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
2	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <u>zarejestrowana</u> w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
3	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne



4	<input type="checkbox"/> osoba pracująca <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w sektorze mikro, małych i średnich przedsiębiorstw <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
Wykonywany zawód:	<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
Zatrudniony w:	

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU

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
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami (tak/nie/odmowa podania informacji)
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Podpis.....