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

***FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA***

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

|  |  |
| --- | --- |
| ***NAZWA SZKOLENIA*** | ***POZIOM ZAAWANSOWANIA*** |
| * Szkolenie z zakresu podatków VAT, CIT, PDOF | * *podstawowy* * *zaawansowany* |
| * Szkolenie z zakresu podatkowej księgi przychodów i rozchodów |  |
| * Szkolenie z zakresu sporządzania sprawozdania finansowego i bilansu | * *podstawowy* * *zaawansowany* |
| * Szkolenie z zakresu kadr i płac | * *zaawansowany* |
| * Szkolenie z rozliczania inwestycyjnych projektów finansowanych z UE | * *zaawansowany* |
| * Szkolenie z zakresu rozliczania projektów PO KL |  |

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

|  |
| --- |
| ***NAZWA SZKOLENIA*** |
| * ABC handlu |

*……………………………………………………… ……………………………..………………………………………*

*Miejscowość i data Podpis osoby kierowanej na szkolenie(kandydata)*

*……………………………………………………… ……………………………..………………………………………*

*Pieczątka 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 beneficjenta 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 wymogi:   1. jestem pracownikiem/właścicielem [[1]](#footnote-1)mikro, małego, średniego przedsiębiorstwa 2. przedsiębiorstwo, w którym pracuję działa w branży handlowej lub finansowej (wg PKD2007) 3. pracuję na terenie woj. podkarpackiego w jednym z powiatów: bieszczadzki, brzozowski, leski, lubaczowski, przemyski, strzyżowski 4. 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* |

1. \* Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)