



**DOKUMENTACJA ZGŁOSZENIOWA WŁAŚCICIELA / PRACOWNIKA PRZEDSIĘBIORSTWA
DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„Potwierdzamy kwalifikacje zawodowe”**

Prosimy o wypełnienie oddzielnie dla każdego uczestnika

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA SZKOLENIA

Niniejszym zgłaszam Panią/Pana _____

zamieszkałą/ego _____

PESEL _____

zatrudnioną/ego na podstawie:

- własna działalność gospodarcza
- umowy o pracę
- powołania
- wyboru
- mianowania
- spółdzielczej umowy o pracę
- innej, jakiej _____

(nazwa i adres przedsiębiorstwa)

do udziału w projekcie „Potwierdzamy kwalifikacje zawodowe” realizowanym przez Polskie Stowarzyszenie Dekarzy Oddział w Białymstoku.

Wyżej wymieniony pracownik:*

- nie znajduje się / znajduje się** w okresie wypowiedzenia umowy

- nie jest zatrudniona(y) / jest zatrudniona(y)** na okres próbny

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania
przedsiębiorstwa oraz pieczęć firmowa)

* nie dotyczy właścicieli przedsiębiorstw

** niepotrzebne skreślić



DANE UCZESTNIKA ZGŁOSZONEGO DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Dane pracownika	Imię	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Nazwa instytucji	
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne
Dane kontaktowe	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
	Województwo	
	Powiat	
	Telefon stacjonarny	
	Telefon komórkowy	
	Adres poczty e-mail	
Dane dodatkowe	Zatrudniona/y w	<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> małym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie

W związku z egzaminami potwierdzającymi kwalifikacje zawodowe na zakończenie szkolenia załączam Wnioski o dopuszczenie do egzaminu czeladniczego / mistrzowskiego*

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis uczestnika projektu)



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu „**Potwierdzamy kwalifikacje zawodowe**” oświadczam, iż 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 do realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki,
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Potwierdzamy kwalifikacje zawodowe”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL),
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, ul. Pogodna 22, 15-354 Białystok, beneficjentowi realizującemu projekt - Polskie Stowarzyszenie Dekarzy Oddział w Białymstoku, ul. Tysiąclecia Państwa Polskiego 8, 15-111 Białystok, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.

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.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu