

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(nauczyciel)

Tytuł i numer projektu:	„Dodatkowe kwalifikacje i doświadczenie stażowe gwarancją zatrudnienia”
Numer Projektu:	RPDS.10.04.01-02-0015/20

WYPEŁNIA UCZESTNIK/UCZESTNICZKA PROJEKTU:

(PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE FORMULARZA PISMEM DRUKOWANYM)

1. Dane osobowe uczestnika/uczestniczki:						
Rodzaj uczestnika	Pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu					
Imię (imiona)						
Nazwisko						
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta			<input type="checkbox"/> Mężczyzna		
PESEL						
Wiek w chwili przystąpienia do projektu ¹						
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe ISCED-0	<input type="checkbox"/> Podstawowe ISCED-1	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne ISCED-2	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne ISCED-3	<input type="checkbox"/> Policealne ISCED-4	<input type="checkbox"/> Wyższe ISCED-5-8
2. Nazwa instytucji, w której pracuje uczestnik:						
Dokładna nazwa instytucji - szkoły						
NIP instytucji						
Adres instytucji (Miejscowość, ulica, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy)						
Dane kontaktowe do instytucji (nr telefonu i adres e-mail)						

3. Dane kontaktowe uczestnika ²	
Adres zamieszkania	
Województwo	

¹ Należy podać wiek uczestnika na dzień podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie

² Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

Powiat			
Gmina			
Miejscowość			
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	
Kod pocztowy			
Tel. kontaktowy			
E-mail			

4. Status na rynku pracy

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

Osoba PRACUJĄCA: TAK NIE

W tym: inne

Wykonywany zawód: nauczyciel kształcenia zawodowego

5. Status społeczny

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:

1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa udzielenia informacji
2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
3.	Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa udzielenia informacji
4.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej w punktach 1-3) ³ :	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa udzielenia informacji

- Oświadczam, iż podane w niniejszym formularzu dane są zgodne z prawdą.
- Świadomie i dobrowolnie przekazuję do przetwarzania moje dane osobowe przez:
 - Marszałka Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, oraz
 - ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, mającego siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa

w celach realizacji projektu pn. *Dodatkowe kwalifikacje i doświadczenie stażowe gwarancją zatrudnienia*, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 –2020.

³ Jeśli uczestnik zamieszkuje obszar wiejski wg. stopnia urbanizacji DEGURBA, a została zaznaczona odpowiedź „NIE”, to zgodnie ze słownikiem głównych pojęć będącym załącznikiem do Podręcznika Beneficjenta SL2014-2020 w pozycji zostanie naniesiona zmiana „TAK”.



Jednocześnie oświadczam, że zostałam/ łem poinformowana/ ny, że w tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Czytelny podpis)