



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU  
„OdNowa”**

**Nr projektu WND-POKL.07.02.01-26-038/10**

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej

<b>Nazwisko:</b> .....	<b>Imię:</b> .....	<b>Płeć</b> K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>																																		
<b>Data i miejsce urodzenia:</b> .....	<b>Wiek (w latach):</b> .....																																			
<b>PESEL:</b> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		<b>NIP</b> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		
<b>Adres zameldowania:</b> ulica ..... nr domu / nr lokalu ..... miejscowość..... kod pocztowy ..... poczta ..... powiat ..... województwo ..... <input type="checkbox"/> obszar miejski (gminy miejskie i miasta) <input type="checkbox"/> obszar wiejski (gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie poza granicami administracyjnymi miast)	<b>Dane kontaktowe:</b> Numer telefonu stacjonarnego ..... Numer telefonu komórkowego ..... Adres e-mail .....																																			
	<b>Adres do korespondencji</b> (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zameldowania) ..... ..... ..... .....																																			



KONECKIE STOWARZYSZENIE  
WSPIERANIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI  
  
26-200 Końskie, ul. Mieszka I 1,  
tel./fax. 041 375 14 55/56,  
e-mail: kswp@kswp.org.pl,  
www.kswp.org.pl



Projekt „OdNowa” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Poddziałanie 7.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki  
Projekt realizowany na podstawie umowy podpisanej ze Świętokrzyskim Biurem Rozwoju Regionalnego pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej 1 stopnia w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki





<p><b>Posiadam wykształcenie:</b></p> <p><input type="checkbox"/> wyższe magisterskie z tytułem</p> <p><input type="checkbox"/> wyższe zawodowe z tytułem</p> <p><input type="checkbox"/> policealne</p> <p><input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące</p> <p><input type="checkbox"/> średnie zawodowe</p> <p><input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe</p> <p><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne</p> <p><input type="checkbox"/> gimnazjalne</p> <p><input type="checkbox"/> podstawowe</p> <p><input type="checkbox"/> niepełne podstawowe</p>	<p><b>Jestem zainteresowana/y udziałem w szkoleniu:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sprzedawca z obsługą komputera i kasy fiskalnej</p> <p><input type="checkbox"/> Podstawy obsługi komputera i Internetu</p> <p><input type="checkbox"/> Opiekun/Opiekunka dzieci i osób starszych</p> <p><input type="checkbox"/> Florysta/Florystka</p>
<p><b>Preferowane miejsce odbywania zajęć:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Skarżysko-Kamienna                      <input type="checkbox"/> Starachowice</p>	
<p><b>Czy zamierza się Pan/i starać o zwrot kosztów dojazdu?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak                      <input type="checkbox"/> Nie</p>	
<p><b>Doświadczenie zawodowe:</b></p> <p>Ostatnie miejsce pracy (<i>Nazwa firmy, miejscowość</i>).....</p> <p>.....</p> <p>Ostatnio zajmowane stanowisko.....</p> <p>Okres zatrudnienia w ostatnim miejscu pracy.....</p> <p>Forma zatrudnienia w ostatnim miejscu pracy.....</p> <p>Staż pracy (<i>w latach</i>).....Zawód .....</p>	
<p><b>Czy sprawuje Pan/Pani opiekę nad dziećmi do lat 7 lub opiekę nad osobą zależną ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak                      <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><b>Czy konieczne będzie podczas uczestnictwa w projekcie zapewnienie opieki nad dziećmi do lat 7 lub opieki nad osobą zależną ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak                      <input type="checkbox"/> Nie</p>	





**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Oświadczam, że (proszę zaznaczyć wszystkie kategorie, które Pani / Pana dotyczą):**

- Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia, zarejestrowaną w Urzędzie Pracy
- Jestem osobą długotrwale bezrobotną (pozostaję bez zatrudnienia przez okres co najmniej 12 kolejnych miesięcy w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu)
- Jestem osobą niezatrudnioną, korzystającą ze świadczeń opieki społecznej
- Jestem osobą nieaktywną zawodowo<sup>1</sup>
- Jestem osobą uczącą lub kształcącą się
- Jestem osobą niepełnosprawną

**Źródło informacji o projekcie:**

- plakaty
- ulotki
- znajomi
- Internet
- prasa
- inne (jakie?) .....

<sup>1</sup> osoby niepracujące, niezarejestrowane jako bezrobotne, korzystające z zasiłków lub świadczeń przedemerytalnych, emeryci, renciści



KONECKIE STOWARZYSZENIE  
WSPIERANIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI  
26-200 Końskie, ul. Mieszka I 1,  
tel./fax. 041 375 14 55/56,  
e-mail: kswp@kswp.org.pl,  
www.kswp.org.pl



Projekt „OdNowa” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Poddziałanie 7.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki  
Projekt realizowany na podstawie umowy podpisanej ze Świętokrzyskim Biurem Rozwoju Regionalnego pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej 1 stopnia w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki





KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że:**

Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w/w projekcie zawartymi w Regulaminie projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję warunki Regulaminu.

Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w Projekcie.

Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa. Mam świadomość, że formy wsparcia przewidziane w projekcie mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsce zamieszkania.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z przepisami art. 23 ust. z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.), do celów związanych z realizacją i promocją projektu „OdNowa”, w ramach Poddziałania 7.2.1 „Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i usług Projektu;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
- 6) moja zgoda obejmuje również przetwarzanie ww. danych w przyszłości pod warunkiem, że

nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które może się odbyć po zakończeniu udziału w Projekcie. Jestem świadom, iż złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

Oświadczam, że zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą.

.....  
miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis



KONECKIE STOWARZYSZENIE  
WSPIERANIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI  
26-200 Końskie, ul. Mieszka I 1,  
tel./fax. 041 375 14 55/56,  
e-mail: kswp@kswp.org.pl,  
www.kswp.org.pl



Projekt „OdNowa” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Poddziałanie 7.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki  
Projekt realizowany na podstawie umowy podpisanej ze Świętokrzyskim Biurem Rozwoju Regionalnego pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej 1 stopnia w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

