



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zgłaszam chęć udziału w szkoleniu organizowanym przez Euro – Konsult sp. z o.o. w ramach projektu „**Nowe kwalifikacje - zawód deficytowy**” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

SZKOLENIE ZAWODOWE			
<i>(zaznaczyć właściwe poprzez postawienie znaku X):</i>			
<input type="checkbox"/> TYNKARZ		<input type="checkbox"/> GLAZURNIK	
DANE UCZESTNIKA			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Płeć	Kobieta <input type="checkbox"/>		Mężczyzna <input type="checkbox"/>
PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Wykształcenie	podstawowe	<input type="checkbox"/>	ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/>
	gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	wyższe <input type="checkbox"/>
	pomaturalne	<input type="checkbox"/>	
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>
DANE KONTAKTOWE			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość			
Obszar	Obszar miejski		<input type="checkbox"/>
	Obszar wiejski		<input type="checkbox"/>
Kod pocztowy		Województwo	
Powiat		Tel. stacjonarny	
E - mail		Tel. komórkowy	



DANE DODATKOWE DLA OSÓB ZWOLNIONYCH

(zaznaczyć właściwe poprzez postawienie znaku **X**):

STATUS PRACOWNIKA

Zwolniona/y na podstawie:

Przyczyna zwolnienia	Rozwiązanie stosunku pracy z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych/organizacyjnych/produkcyjnych itp.	<input type="checkbox"/>		
	Wygaśnięcie stosunku pracy w przypadku śmierci pracodawcy lub w wyniku przejścia zakładu pracy (części) na innego pracodawcę i nie zaproponowania nowych warunków pracy	<input type="checkbox"/>		
	Rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1 Kodeksu Pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika	<input type="checkbox"/>		
	Rozwiązanie stosunku pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy w przypadku pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 osób	<input type="checkbox"/>		
Okres zatrudnienia	OD		DO	
Nazwa zakładu pracy/instytucji				
Adres zakładu pracy/instytucji				
Stanowisko				

Oświadczam, iż **zapoznałem się z regulaminem szkolenia i zobowiązuje się do ścisłego przestrzegania jego postanowień.**

Świadomy/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym **oświadczam, że dane oraz oświadczenia** zawarte w złożonych przeze mnie dokumentach rekrutacyjnych **są zgodne z prawdą.**

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis uczestnika Projektu)

WYPEŁNIA ORGANIZATOR:

Załączniki:

- Zaświadczenie pracodawcy
- Zaświadczenie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu tynkarza/glazurnika
- Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu „*Nowe kwalifikacje – zawód deficytowy*” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki - *Departament Zarządzania Europejskim Funduszem Społecznym w Ministerstwie Rozwoju Regionalnego*, ul. Chałubińskiego 8; 00-613 Warszawa
- 2) dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „*Nowe kwalifikacje – zawód deficytowy*”, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.
- 3) dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „*Nowe kwalifikacje – zawód deficytowy*”, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości 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.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis uczestnika Projektu)



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y

- **Wyrażam wolę udziału** w projekcie pt. „*Nowe kwalifikacje – zawód deficytowy*” realizowanym przez Euro – Konsult Sp. z o. o. z siedzibą w Lublinie w ramach Priorytetu VIII. *Regionalne kadry gospodarki*, Działanie 8.1 *Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie*, Poddziałanie 8.1.2. *Wsparcie procesów adaptacyjnych i modernizacyjnych w regionie* Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki,
- **Oświadczam, iż spełniam wszystkie kryteria** kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie,
- **Pouczony/a o odpowiedzialności karnej** z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, iż dane oraz oświadczenia zawarte w złożonych przeze mnie dokumentach rekrutacyjnych są zgodne z prawdą.

.....
(Data i podpis uczestnika projektu)



Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE O ZAMIESZKANIU NA TERENIE
WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO**

Powiaty: (bełchatowski , brzeziński, kutnowski, łaski, łęczycki, łowicki, łódzki wschodni , opoczyński, pabianicki, pajęczański, piotrkowski, poddębicki, radomszczański, rawski, sieradzki, skierniewicki, tomaszowski, wieluński, wieruszowski, zduńsko-wolski, zgierski)

Miasta: Piotrków Trybunalski, Łódź, Skierniewice

Ja niżej podpisany/podpisana:

Imię i Nazwisko:

PESEL:

W związku z ubieganiem się o udział w projekcie „**Nowe kwalifikacje – zawód deficytowy**” oświadczam, że zamieszkuję (zgodnie z KC*) na terenie województwa łódzkiego pod adresem:

.....
.....

(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu lub lokalu)

Świadomy/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym **oświadczam, że dane oraz oświadczenia** zawarte w złożonych przeze mnie dokumentach rekrutacyjnych **są zgodne z prawdą.**

.....
(Data, czytelny podpis)

* **Zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego** miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. Dla ustalenia, że dana osoba ma miejsce zamieszkania w określonej miejscowości (kraju), konieczne jest stwierdzenie występowania dwóch przesłanek – przebywania i zamiaru stałego pobytu



„Nowe kwalifikacje – zawód deficytowy”

.....
(Pieczęćka firmowa)

.....
(Miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE PRACODAWCY

(Dotyczy wyłącznie osób zwolnionych)

Nazwa pracodawcy			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Miejscowość
Kod pocztowy	Poczta	NIP pracodawcy	
Powiat	Województwo		
Status przedsiębiorstwa:	<input type="checkbox"/> Mikro przedsiębiorstwo (zatrudniające do 9 pracowników włącznie, którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EURO)		
	<input type="checkbox"/> Małe przedsiębiorstwo (zatrudniające do 49 pracowników włącznie, którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EURO)		
	<input type="checkbox"/> Średnie przedsiębiorstwo (zatrudniające do 249 pracowników włącznie, którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EURO)		
	<input type="checkbox"/> Duże przedsiębiorstwo (przedsiębiorstwo nie spełniające w/w kryteriów)		

Oświadczam, że Pan/i
(IMIĘ I NAZWISKO)

zamieszkały/a
(ADRES: kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

BYŁ/A ZATRUDNIONY/A u w/w pracodawcy na podstawie umowy:

o pracę, zawartej na czas od do



„Nowe kwalifikacje – zawód deficytowy”

Ponadto pracodawca oświadcza, że:

pracownik został zwolniony z przyczyn leżących wyłącznie po stronie pracodawcy*

TAK NIE

Za zwolnienie z przyczyn leżących po stronie pracodawcy uznaje się:

- rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych;

- wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i nie zaproponowania przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy;

- rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1 Kodeksu Pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika (brak ochrony życia i zdrowia pracowników);

- rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników.

Uprzedzony/a 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 i data)

.....
(Podpis i pieczętka Pracodawcy)

*** właściwe zaznaczyć**