



Data wpływu formularza zgłoszeniowego:.....

Nr formularza zgłoszeniowego:.....

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU „Szkolenia, warsztaty oraz doradztwo dla pracowników Przedsiębiorstw Społecznych”

Projekt realizowany jest na podstawie: Umowy o dofinansowanie projektu nr POWR.02.09.00-00-0013/16-00 z dnia 08.06.2017 r. w ramach działania 2.9 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

DANE INSTYTUCJI	
NAZWA	
NIP	
REGON	
Typ instytucji	<input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo społeczne - spółdzielnia (spółdzielnia socjalna) <input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo społeczne - stowarzyszenie <input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo społeczne - fundacja <input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo społeczne - spółka non profit <input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo społeczne inne- jakie- proszę podać formę prawną.....
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
DANE UCZESTNIKA PROJEKTU	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	

*Projekt „Szkolenia, warsztaty oraz doradztwo dla pracowników Przedsiębiorstw Społecznych”
realizowany przez Agencję Rozwoju Regionalnego w Starachowicach w ramach działania 2.9 Rozwój ekonomii społecznej Programu Operacyjnego*



Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Status osoby na rynku pracy	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w Urzędzie pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca: <ol style="list-style-type: none"> w administracji rządowej w administracji samorządowej w innej instytucji w miko, małym, średnim przedsiębiorstwie w organizacja pozarządowej prowadząca własną działalność w dużym przedsiębiorstwie
Pracownik Przedsiębiorstwa Społecznego	<input type="checkbox"/> Członek Zarządu <input type="checkbox"/> Inny pracownik instytucji (jaki?)
Wykonywany zawód	
Sytuacja osoby w momencie udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej <input type="checkbox"/> Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> osoba żyjąca w gospodarstwie składająca się z 1 osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<ol style="list-style-type: none"> Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacyjnego zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 o Ochronie danych osobowych Dziennik Ustaw Nr 133 poz.883 Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. 	
Czytelny podpis uczestnika projektu	