



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Formularz zgłoszeniowy do udziału w projekcie:

"DOSKONALENIE NAUCZYCIELI ZAWODÓW USŁUGOWYCH"
POKL.03.04.03-00-179/12

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

| DANE UCZESTNIKA | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|-----------------------|---|---|---|---|-------------|---|---|--|--|--|
| 1. | Imię / imiona | | | | | | | | | | | |
| 2. | Nazwisko | | | | | | | | | | | |
| 3. | Płeć | M (mężczyzna) | | | | | K (kobieta) | | | | | |
| 4. | PESEL | | | | | | | | | | | |
| 5. | Data urodzenia /Miejsce urodzenia | D | D | M | M | R | R | R | R | | | |
| 6. | Nazwa instytucji zatrudniającej | | | | | | | | | | | |
| 7. | Wykształcenie | | | | | | | | | | | |
| 8. | Forma zatrudnienia / stanowisko | | | | | | | | | | | |
| 9. | Adres placówki zatrudniającej | | | | | | | | | | | |
| 10. | Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną | TAK / NIE | | | | | | | | | | |
| DANE KONTAKTOWE | | | | | | | | | | | | |
| 11. | Powiat | | | | | | | | | | | |
| 12. | Kod pocztowy /zgodnie z kodem pocztowym placówki pocztowej/ i Miejscowość | | | | | | | | | | | |
| 13. | Ulica i nr domu / mieszkania | | | | | | | | | | | |
| 14. | Obszar | | | | | | | | | | | |
| 15. | Województwo | | | | | | | | | | | |
| 16. | Telefon stacjonarny | | | | | | | | | | | |
| 17. | Telefon komórkowy | | | | | | | | | | | |
| 18. | Adres poczty elektronicznej (e-mail) | | | | | | | | | | | |
| DANE DODATKOWE | | | | | | | | | | | | |
| 19. | Zgłaszam chęć udziału w praktyce / stażu dla nauczyciela zawodu w branży: | | | | | | | | | | | |
| | 1. administracyjnej | <input type="radio"/> | | | | | | | | | | |
| | 2. handlowo-ekonomicznej | <input type="radio"/> | | | | | | | | | | |
| | 3. fryzjerskiej | <input type="radio"/> | | | | | | | | | | |
| | 4. kosmetycznej | <input type="radio"/> | | | | | | | | | | |
| | 5. gastronomicznej | <input type="radio"/> | | | | | | | | | | |
| | 6. hotelarskiej | <input type="radio"/> | | | | | | | | | | |
| | 7. turystycznej | <input type="radio"/> | | | | | | | | | | |
| | /proszę zakreślić odpowiednie/ <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

OPTIMA

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

| | |
|-----|---|
| 20. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: ZATRUDNIONY / BEZROBOTNY |
| 21. | Rodzaj przyznanego wsparcia: STAŻE / PRAKTYKI / SZKOLENIA / WARSZTATY |
| 22. | Wykorzystanie we wsparciu technik e-learning/blended learning: TAK / NIE |
| 23. | Data rozpoczęcia udziału w projekcie: |
| 24. | Data zakończenia udziału w projekcie: |
| 25. | Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowana dla niej ścieżką uczestnictwa: |
| 26. | Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia: |

* *niepotrzebna skreślić*

Oświadczam, że: w przypadku zakwalifikowanie mnie do projektu zobowiązuję się do udziału zgodnie z Regulaminem uczestnictwa w projekcie. Powyższe dane przedstawione przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w projekcie są prawdziwe. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby rekrutacji do projektu zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych Dz. U nr 101, poz. 926 ze zm.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis uczestnika