

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE

Dane uczestnika szkolenia w projekcie

Wypełnij puste pola lub wybierz właściwą odpowiedź zaznaczając: „X”

Dane dodatkowe	Imię i nazwisko									
	Instytucja zgłaszająca na szkolenie * (nazwa i adres)		Nazwa Instytucji							
			Ulica				Nr domu		Nr lokalu	
			Kod pocztowy			Miejscowość				
	Tel.		Gmina				Fax			
	Imię i Nazwisko osoby rezerwowej* (adres, telefon, e-mail)		Imię Nazwisko							
			Ulica				Nr domu		Nr lokalu	
			Kod pocztowy			Miejscowość				
			e-mail					Telefon		

* Pole wymagane do wypełnienia.

Czym jest Pani/Pan szczególnie zainteresowana/y w związku z tematyką szkolenia?

Kim są odbiorcy, jak duża jest grupa, specyfika prowadzonych działań na ich rzecz?

Proszę podać przychody organizacji za ostatni rok.

Proszę podać ilość zatrudnionych pracowników i wolontariuszy?

Czy organizacja jest członkiem sieci (regionalnej, krajowej)? Jeśli tak, to jakiej?

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż w przypadku rezygnacji ze szkolenia jestem zobowiązany/a w terminie **2 dni roboczych** przed datą rozpoczęcia szkolenia poinformować (drogą pocztową, telefoniczną bądź za pomocą poczty elektronicznej) Kujawsko-Pomorski Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Pozarządowych „TŁOK” o swojej nieobecności na szkoleniu.

Jeśli bez ważnej losowej przyczyny zrezygnuję z zajęć bez poinformowania Ośrodka zostanę wykluczony/a z możliwości udziału w szkoleniach organizowanych przez Kujawsko-Pomorski Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Pozarządowych „TŁOK” w roku bieżącym oraz w 2010 r.

.....
Miejsce, data

.....
Podpis uczestnika szkolenia

OŚWIADCZENIE OSOBY KIERUJĄCEJ NA SZKOLENIE

Oświadczam, iż podstawą wyboru osoby oddelegowanej na szkolenie organizowane przez Kujawsko-Pomorski Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Pozarządowych „TŁOK” w Toruniu jest praktyczne wykorzystanie wiedzy zdobytej na szkoleniu w swojej pracy zawodowej.

.....
Miejsce, data

.....
Podpis Dyrektora/ Kierownika



DEKLARACJA OSTATECZNEGO BENEFICJENTA

1. Ja niżej podpisana/y deklaruję udział w projekcie **Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Ekonomii Społecznej** 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, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu **Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Ekonomii Społecznej**, ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu, 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.

- właściwe zaznaczyć

- nie należy wypełniać pól zaznaczonych kolorem szarym

	Lp.	Dane Ostatecznego Beneficjenta
Dane uczestnika	1.	Imię (imiona)
	2.	Nazwisko
	3.	<input type="checkbox"/> Kobieta / <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	4.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu
	5.	PESEL
	6.	Wykształcenie wyższe <input type="checkbox"/> /pomaturalne <input type="checkbox"/> / ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> / podstawowe <input type="checkbox"/> / brak <input type="checkbox"/>
	7.	Czy opiekuję się Pan/Pani osobą zależną (dziecko do lat 7, osoba niepełnosprawna, osoba starsza) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dane kontaktowe	Należy podać dane kontaktowe (adres korespondencyjny, telefon), tzn. takie które umożliwią dotarcie do osoby w przypadku kiedy zostanie ona wylosowana do udziału w badaniu ewaluacyjnym	

	7.	Ulica	
	8.	Nr domu	
	9.	Nr lokalu	
	10.	Miejscowość	
	11.	<input type="checkbox"/> Obszar miejski (Gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszk)	
		<input type="checkbox"/> Obszar wiejski (Gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszk.)	
	12.	Kod pocztowy	
	13.	Województwo Kujawsko-Pomorskie	
	14.	Powiat	
	15.	Telefon stacjonarny	
	16.	Telefon komórkowy	
	17.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Dane dodatkowe	18.	<input type="checkbox"/> - zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie (od 2 do 9 pracowników)	<input type="checkbox"/> - samozatrudniony
		<input type="checkbox"/> - zatrudniony w małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników)	<input type="checkbox"/> - rolnik
		<input type="checkbox"/> - zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników)	<input type="checkbox"/> - osoba nieaktywna zawodowo
		<input type="checkbox"/> - zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników)	<input type="checkbox"/> - osoba ucząca się lub kształcąca
		<input type="checkbox"/> - zatrudniony w organizacji pozarządowej (W przypadku pracowników ngo proszę wypełnić pole 18a)	<input type="checkbox"/> - bezrobotny
		<input type="checkbox"/> - zatrudniony w administracji publicznej	<input type="checkbox"/> - długotrwale bezrobotny (pozostający bez zatrudnienia przez okres dłuższy niż 12 miesięcy)
			<input type="checkbox"/> - zatrudniony w instytucji pomocy społecznej
			<input type="checkbox"/> - partner społeczno-gospodarczy
			<input type="checkbox"/> - inny

18a	Organizacja zatrudniająca pracownika		Nazwa Instytucji			
			Ulica			
			Kod pocztowy	Miejscowość		
	Tel.		Gmina			
	Fax		NIP			
	REGON					
19.	Rodzaj przyznanego wsparcia <input type="checkbox"/> szkolenia/warsztaty/kursy/konferencje <input type="checkbox"/> doradztwo					
20.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie (Data podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie)					
21.	Data zakończenia udziału w projekcie (Ostatni dzień udziału osoby w projekcie. Za datę zakończenia udziału w projekcie rozumie się również datę przerwania udziału w projekcie)					
22.	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa <input type="checkbox"/> Tak/ <input type="checkbox"/> Nie					
23.	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia <input type="checkbox"/> Podjęcie zatrudnienia/ <input type="checkbox"/> Podjęcie nauki/ <input type="checkbox"/> Inne					

Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

Podpis beneficjenta

Podpis przyjmującego deklarację.....