



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zgłaszam chęć udziału w kursie:

### **PRAWO JAZDY KAT.B**

### **WRAZ ZE SZKOLENIEM Z PRZEDSTAWICIELSTWA HANDLOWEGO (60 godzin/grupę)**

w ramach projektu: „**MILÓWKA GMINA WIEJSKA AKTYWNA ZAWODOWO**”

Nr WND-POKL.06.03.00-24-232/11, organizowanym przez **GMINĘ MILÓWKA**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Data i miejsce urodzenia : .....
3. PESEL : \_ \_ \_ \_ \_
4. Adres zamieszkania: .....  
(miejscowość) (ulica)
5. Wykształcenie\* : ☐ podstawowe, ☐ gimnazjalne, ☐ ponadgimnazjalne, ☐ pomaturalne, ☐ wyższe .
6. Inne posiadane kwalifikacje zawodowe, kursy, szkolenia (jeśli są wymienić): .....  
.....
7. Opiekuję się dziećmi do lat 7 lub opiekuję się inną osobą zależną\*: Tak ☐ Nie ☐
8. Status uczestnika na rynku pracy\*:
  - Bezrobotny/a (zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy) Tak ☐ Nie ☐
  - Długotrwale bezrobotny/a (bezrobotny pozostający w rejestrze PUP przez okres ostatnich 2 lat) Tak ☐ Nie ☐
  - Osoba ucząca się ☐
  - Emeryt/rencista ☐
9. Nr telefonu ..... 10. Adres ( e-mail ) : .....

#### **1. Oświadczam, że:**

- zostałem/łam poinformowany o zasadach udziału w projekcie i wyrażam zgodę na uczestnictwo,
- zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie,
- wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e' mail),
- zostałem/łam poinformowany, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

#### **2. Gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych:**

- a) Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926, z późn.zm.) do celów związanych z przeprowadzeniem szkolenia; do celów rekrutacji, sprawozdawczości, monitoringu, kontroli oraz ewaluacji w ramach koordynacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązywania się Beneficjenta projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Instytucji Zarządzającej Programem Operacyjnym Kapitał Ludzki.
- b) Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących informacje wymienione w pkt. a) przez Wnioskodawcę oraz Instytucję Zarządzającą Programem Operacyjnym Kapitał Ludzki lub podmiot przez niego upoważniony do celów sprawozdawczych z realizacji usługi szkolenia, w której brałem/łam udział oraz monitoringu i ewaluacji projektu.

**3. Zostałem uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy. Niniejszym oświadczam, że dane są zgodne z prawdą i zostałem/łam poinformowany/a o odpowiedzialności karnej /za podanie nieprawdziwych danych**

.....  
Podpis uczestnika

\* proszę postawić krzyżyk przy właściwej odpowiedzi