



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 ZATRUDNIONYCH

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

STATUS PRACOWNIKA

Zatrudniony/a na podstawie:

Umowy o pracę	<input type="checkbox"/>	Umowy zlecenia	<input type="checkbox"/>	Umowy o dzieło	<input type="checkbox"/>
Nazwa zakładu pracy/institucji					
Adres zakładu pracy/institucji					
Stanowisko					
Rodzaj przedsiębiorstwa	Zatrudniony/a w mikroprzedsiębiorstwie				<input type="checkbox"/>
	Zatrudniony/a w małym przedsiębiorstwie				<input type="checkbox"/>
	Zatrudniony/a w średnim przedsiębiorstwie				<input type="checkbox"/>
	Zatrudniony/a w administracji publicznej				<input type="checkbox"/>
Wykonując pracę na terenie woj. łódzkiego jestem :	Przewidziany/a do zwolnienia			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Zagrożony/a zwolnieniem			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
STATUS PRACODAWCY					
Przedsiębiorstwo przechodzi:	Procesy adaptacyjne i modernizacyjne			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Restrukturyzację			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

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:

- Kserokopia dowodu osobistego
- 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 pracujących)

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"/> Administracja publiczna (przedsiębiorstwo nie spełniające w/w kryteriów)		

Oświadczam, że Pan/i
(IMIĘ I NAZWISKO)

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

jest **ZATRUDNIONY/A** u w/w pracodawcy na podstawie umowy:

zlecenie o dzieło o pracę, zawartej na czas:

nieokreślony od określony od do

wykonując pracę na terenie województwa łódzkiego jest:

przewidziany/a do zwolnienia **

zagrożony/a zwolnieniem ***

* właściwe zaznaczyć



Ponadto pracodawca oświadcza, że*:

zakład pracy przechodzi procesy adaptacyjne i modernizacyjne TAK NIE

pracownik jest zagrożony negatywnymi skutkami restrukturyzacji TAK NIE

* **Osoba przewidziana do zwolnienia** – osoba, która otrzymała od pracodawcy wypowiedzenie stosunku pracy, stosunku służbowego, lub która została poinformowana przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużania przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego.

** **Osoba zagrożona zwolnieniem** – osoba zatrudniona u pracodawcy prowadzącego działalność w branży przechodzącej procesy adaptacyjne i modernizacyjne, o znacznym nasileniu w danym województwie.

Pracownicy zagrożeni zwolnieniem biorą udział w szkoleniach z własnej inicjatywy (tj. bez delegowania przez pracodawcę), a szkolenia odbywają się poza godzinami i miejscem pracy, w takiej sytuacji **nie występuje pomoc publiczna (pracodawca NIE zostanie obciążony kosztami szkolenia).**

*** **Z procesami adaptacyjnymi i modernizacyjnymi przedsiębiorstwo** ma doczynienia np. wówczas, gdy zmienia ono swój profil działalności (np. poprzez zmianę branży, w której działa), rozpoczyna prowadzenie działalności eksportowej, zasadniczo zmienia strukturę organizacyjną, przechodzi proces prywatyzacji, dokonuje outsourcingu znacznej części dotychczasowej działalności lub też dokonuje zwolnień grupowych pracowników. W kategorii tej mieszczą się również przedsiębiorstwa będące w procesie likwidacji. W/w przejawy procesów adaptacyjnych i modernizacyjnych należy traktować jako przykładowe.

**** **Restrukturyzacja** – to gwałtowne zmiany w aktywach i pasywach lub organizacji firmy. Celem restrukturyzacji jest stworzenie przesłanek do wzrostu wartości przedsiębiorstwa. Restrukturyzacja jest równoważna z transformacją.

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 pieczęćka Pracodawcy)

* właściwe zaznaczyć



„Nowe kwalifikacje – zawód deficytowy”

.....
(Pieczęćka Pracodawcy)

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE O NIE WYSTĘPOWANIU POMOCY PUBLICZNEJ

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jako PRACODAWCA:

- **Nie jestem zobowiązany/a**, na podstawie odrębnych przepisów (np. ustaw, zbiorowych układów pracy), **do zapewniania pracownikom wsparcia w postaci szkoleń;**
- **Pracownik po otrzymaniu wsparcia w postaci szkolenia** w ramach projektu „Nowe kwalifikacje – zawód deficytowy” UDA-POKL.08.01.02-10-003/11 realizowanego przez firmę Euro-Konsult sp. z o.o. w ramach Priorytetu VIII „Regionalne kadry gospodarki”, Działania 8.1 „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie”; Poddziałania 8.1.2 „Wsparcie procesów adaptacyjnych i modernizacyjnych w regionie” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013 **nie zostanie ponownie zatrudniony** w tym zakładzie pracy.

Świadomy/a i pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że w/w oświadczenie jest zgodne z prawdą.

.....
(czytelny podpis pracodawcy
lub osoby upoważnionej)