

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE

I. INFORMACJE O KANDYDACIE										
1. DANE PODSTAWOWO O KANDYDACIE										
Nazwisko						IMIĘ/ IMIONA				
PESEL									Wiek	
2. ADRES ZAMIESZKANIA										
Ulica					Nr budynku			Nr lokalu		
Miejscowość					<input type="checkbox"/> obszar miejski ¹ <input type="checkbox"/> obszar wiejski ²					
Kod pocztowy					Gmina					
Powiat					Województwo					
3. DANE KONTAKTOWE										
Telefon					Adres e-mail					
4. DODATKOWE INFORMACJE										
Wykształcenie Prosimy -uzupełnić danymi dot. zawodu/ specjalizacji/ kierunku UWAGA! Prosimy o podanie najwyższego posiadanego wykształcenia	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne/ pomaturalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (zasadnicze zawodowe/ średnie)..... <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe..... <input type="checkbox"/> brak wykształcenia									
	Wykształcenie uzupełniające	Prosimy opisać wszystkie ukończone kursy/ szkolenia/ studia podyplomowe (nazwa szkoły, rok ukończenia, kierunek studiów, nazwa szkolenia/ kursu)								
	Status kandydata na rynku pracy (zgodnie z definicją określoną w Regulaminie projektu)	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba pracująca (wykonywany zawód): <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu; <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego; <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego; <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego; <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia; <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej; <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy; <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego; <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej; <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej; <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> jestem zatrudniony/a w: <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność gospodarczą PKD.....								
	5. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ PROJEKTU									

¹ Duże i małe obszary o ludności > 5 000 mieszkańców oraz o średniej i dużej gęstości zaludnienia. Według klasyfikacji DEBURBA: 1 lub 2

² Obszary wiejskie o ludności < 5 000 mieszkańców i małej gęstości zaludnienia. Według klasyfikacji DEGURBA: 3

Jestem osobą dorosłą (mam ukończony 18 r. ż.) uczestniczącą z własnej inicjatywy w kształceniu		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zamieszkuję na terenie subregionu suwalskiego, tj.:	<input type="checkbox"/> Miasto Suwałki <input type="checkbox"/> p. sejneński	<input type="checkbox"/> p. suwalski <input type="checkbox"/> p. grajewski	<input type="checkbox"/> p. augustowski <input type="checkbox"/> p. moniecki <input type="checkbox"/> Miasto Grajewo
6. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY PREFEROWANEJ W PROJEKCIE			
Jestem osobą o niskich kwalifikacjach (osoby z wykształceniem co najwyżej ponadgimnazjalnym (ISCED 3)		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą w wieku 50 lat i więcej (osoby, które w dniu złożenia zgłoszenia mają ukończone 50 lat)		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą w wieku 25 lat i więcej (osoby, które w dniu złożenia zgłoszenia mają ukończone 25 lat)		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą zamieszkującą obszary wiejskie (teren wiejski)		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Biorę udział w kształceniu ustawicznym po raz pierwszy		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zgłaszam się do kształcenia w ramach projektu po raz pierwszy		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
III. INFORMACJE NA TEMAT WYBRANEGO SZKOLENIA (proszę zaznaczyć znacznikiem)			
<input type="checkbox"/> Obsługa broni palnej (KUZ). <input type="checkbox"/> Operator drona w zasięgu wzroku (NSTS-01). <input type="checkbox"/> Operator drona poza zasięgiem wzroku (NSTS-05). <input type="checkbox"/> Prawo jazdy kat. B.		<input type="checkbox"/> Smartfon dla Seniora <input type="checkbox"/> Internet narzędziem planowania życia codziennego <input type="checkbox"/> Kurs kulinarny (KUZ). <input type="checkbox"/> Kurs rzemieślniczy / rękodzieło (KUZ).	
Szukasz innego szkolenia? Napisz w jakim szkoleniu chciałbyś wziąć udział.			
...			
IV. OŚWIADCZENIA			
<p>Ja niżej podpisany, działając w imieniu własnym oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> akceptuję warunki uczestnictwa w szkoleniach organizowanych przez MIR CONSULTING spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa / Instytut Kształcenia "FORMA". wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w formularzu zgłoszeniowym przez firmę MIR CONSULTING spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa / Instytut Kształcenia "FORMA" z siedzibą w Suwałkach w celach związanych z realizacją oraz monitoringiem usług wskazanych niniejszym zgłoszeniem zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. Oświadczam, że dane osobowe przekazałem/am dobrowolnie i zostałem/am poinformowany/a przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również o prawie wniesienia w każdym czasie sprzeciwu wobec ich przetwarzania. wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną przez MIR CONSULTING spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa / Instytut Kształcenia "FORMA" z siedzibą w Suwałkach, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną. niniejszym upoważniam MIR CONSULTING spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa / Instytut Kształcenia "FORMA" do przesłania w moim imieniu formularza zgłoszeniowego do projektu pn. „Kształtowanie i rozwój kompetencji kadr subregionu suwalskiego - szkolenia językowe, TIK, wybrane formy kształcenia ustawicznego” WND-RPPD.03.02.01-20-0006/20 i/lub projektu pn. „Kształtowanie i rozwój kompetencji kadr subregionu suwalskiego - szkolenie i kursy zawodowe” WND-RPPD.03.02.02-20-0006/20 finansowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014 – 2020 do Operatora tj. Agencji Rozwoju Regionalnego „ARES” S.A w Suwałkach. 			

.....
(data i miejscowość)

.....
(czytelny podpis)

Wypełniony formularz należy przesać na adres bur@forma.edu.pl lub złożyć w wersji papierowej w biurze MIR CONSULTING w Suwałkach, przy ul. Emilii Plater 18A.