



Elbląska Akademia Kompetencji Kluczowych

Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu

WYPEŁNIA OPERATOR PROJEKTU	
Data i godzina wpływu	
Numer ewidencyjny	

Formularz zgłoszeniowy do projektu

I. DANE OSOBOWE					
Imię		Nazwisko			
Nr ewidencyjny PESEL					
Data urodzenia	rok	miesiąc		dzień	
Płeć		<input type="checkbox"/> Kobieta		<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Wykształcenie * należy właściwie zaznaczyć	<input type="checkbox"/> brak (brak formalnego wykształcenia)		<input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)		
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)		<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) (kształcenie zakończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) w tym: <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe		
	<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)		<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich)		

DANE ADRESOWE KANDYDATA/KI

(miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)

Województwo		Powiat			
Gmina		Miejscowość			
Ulica		Nr budynku		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Poczta			
Telefon kontaktowy		Adres e-mail			
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)					
Województwo		Powiat			
Gmina		Miejscowość			
Ulica		Nr budynku		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Poczta			



II. Status Kandydata/ki – region operacyjny (Proszę wstawić X)

	Miasto Elbląg	Powiat elbląski	Województwo warmińsko-mazurskie
pracuję			
zamieszkuję			
uczę się			
Planuję uczestniczyć w dofinansowanym szkoleniu/kursie			

III. Preferowana forma wsparcia (Proszę wstawić X)

Szkolenia językowe	<input type="checkbox"/> Język angielski		
	<input type="checkbox"/> Język niemiecki		
	<input type="checkbox"/> Język francuski		
Szkolenia komputerowe	<input type="checkbox"/>	Szkolenia z zakresu ZARZĄDZANIA PROJEKTAMI	<input type="checkbox"/>

IV. Dodatkowe oświadczenia (Proszę wstawić X)

Z własnej inicjatywy jestem zainteresowany/na podnoszeniem poziomu kompetencji i umiejętności	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Prowadzę działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Ubiegam się o refundację kosztów szkolenia już rozpoczętego/zakończonego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Ubiegam się o dofinansowanie kosztów szkolenia/kursu u innego Operatora/ w innych programach	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wypełniają os. powyżej 64 r.ż. Oświadczam, że wybrana forma wsparcia będzie powiązana z przygotowaniem do podjęcia lub utrzymania zatrudnienia oraz, że deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia lub utrzymania zatrudnienia po zakończeniu udziału w projekcie.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

Jednocześnie oświadczam, że:

- zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki Regulaminu projektu pn. **Elbląska Akademia Kompetencji Kluczowych**
- jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikających z art. 233 (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 ze zm.)
- zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Operatora na potrzeby rekrutacji zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez Organizatora z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej RPO WiM 2014 - 2020 wynikających z umowy nr: **RPWM.02.03.01-28- 0034/16**.

miejsowość, data

czytelny podpis kandydata/-ki