

WNIOSEK ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Konkurencyjny mikroprzedsiębiorca w branży medycznej”

Projekt realizowane jest w ramach przyznanych środków finansowych Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VIII. Regionalne kadry gospodarki, Działanie 8.1 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie- nr umowy UDA-POKL.08.01.01-08-102/13-00

.....
 Data wpływu wniosku

.....
 Podpis osoby przyjmującej wniosek

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

	Lp.	Nazwa	
	1	Rodzaj kursu* <i>(W ramach projektu uczestnicy mogą wziąć udział w więcej niż w jednym kursie)</i>	„ PODSTAWOWE I ZAAWANSOWANE ZABIEGI REANIMACYJNE ORAZ POSTĘPOWANIE W STANACH ZAGROŻENIA ŻYCIA
Dane podstawowe	2	Nazwa przedsiębiorstwa	
	3	NIP	
	4	REGON	
	5	Typ instytucji*	samozatrudniony mikroprzedsiębiorstwo
Dane teleadresowe firmy	6	Ulica	
	7	Nr budynku	
	8	Nr mieszkania	
	9	Miejscowość + kod	
	10	Obszar*	miejski
			wiejski
	11	Województwo	
	12	Powiat	
13	Telefon kontaktowy		

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

	14	Adres e- mail	
Dane pielęgniarki/rza, położnej/go	16	Nazwisko	
	17	Imię	
	18	PESEL	
	19	Data i miejsce urodzenia (proszę podać także województwo)
	20	Nr zaświadczenia prawa wykonywania zawodu	
	21	Adres zamieszkania ulica+ nr domu i nr mieszkania KOD miejscowość
	22	Status*	Zostałam/zostałem oddelegowana/y na szkolenie przez przedsiębiorcę, Jestem : <ul style="list-style-type: none"> • właścicielem pełniącym funkcję kierowniczą, • wspólnik, w tym partnerem prowadzącym regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe.
23	Wykształcenie*	średnie	
		wyższe	

	24	Czy będzie się Pan/i ubiegał/a o zwrot kosztów dojazdu na szkolenia?	Tak*
			Nie*

*podkreślić właściwe

JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:

- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego.
- Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i testach sprawdzających poziom wiedzy.
- Mam świadomość, iż złożenie Karty zgłoszeniowej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane przeze mnie do OIPiP w Gorzowie Wlkp. stają się własnością izby i nie mam prawa żądać ich zwrotu.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis

.....
miejsowość, data

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



.....
.....
dane Przedsiębiorstwa

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany oświadczam, iż przedsiębiorstwo:

.....
.....
(nazwa i adres przedsiębiorstwa)

prowadzi działalność zgodną z kodem PKD (2007) 86.90 C

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis/ pieczęć)



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu **pt. Konkurencyjny mikroprzedsiębiorca w branży medycznej** 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 Minister Infrastruktury i Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu **pt. Konkurencyjny mikroprzedsiębiorca w branży medycznej** ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu **pt. Konkurencyjny mikroprzedsiębiorca w branży medycznej** ewaluacji, kontroli, 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



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

