

Formularz zgłoszeniowy uczestnika Województwo Świętokrzyskie

NA KURS PRAWA JAZDY z dofinansowaniem za pośrednictwem CENTRUM ROZWOJU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI

FORMULARZ WYPEŁNIAMY DRUKOWANYMI LITERAMI

CZĘŚĆ A. DANE PRZEDSIĘBIORSTWA - PRACODAWCY

(wypełnia i podpisuje pracodawca/osoba prowadząca działalność gospodarczą)

NIP PRZEDSIĘBIORSTWA		
NAZWA PRZEDSIĘBIORSTWA		
ADRES PRZEDSIĘBIORSTWA		
LICZBA ZATRUDNIONYCH PRACOWNIKÓW		
CZY JEST PROWADZONA ROZDZIELNOŚĆ RACHUNKOWA DLA DZIAŁALNOŚCI TRANSPORTOWEJ (dotyczy firm, które posiadają w PKD wpis 49.41.Z - transport drogowy towarów)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

DANE OSOBOWE I TELEADRESOWE PRACODAWCY

IMIĘ I NAZWISKO PRACODAWCY	
PESEL PRACODAWCY	
E-MAIL	
TELEFON/OSOBA DO KONTAKTU	
FIRMOWY NUMER KONTA BANKOWEGO	_____

Wyrażam zgodę na:

- wykonanie usługi doradczej przez Centrum Rozwoju Przedsiębiorczości Patryk Trojan polegającej na udzieleniu informacji o projekcie oraz pomoc w aplikowaniu o środki na usługę szkoleniową realizowaną przez instytucję szkoleniową;
- na przetwarzanie danych osobowych; Wypełniając postanowienia rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) - dalej RODO (GDPR);
- uczestnictwo pracownika w projekcie i zobowiązuję się do podpisania umowy w przypadku pozytywnej decyzji o przyznaniu środków, bądź przekaże pracownikowi pełnomocnictwo które uprawni go do podpisania umowy;
- założenie technicznego e-maila do celów projektowych oraz pozostałych niezbędnych kont do pozyskania dofinansowania.

.....
Data, pieczęć i podpis pracodawcy

Województwo Świętokrzyskie

CZĘŚĆ B. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA

(wypełnia i podpisuje osoba biorąca udział w kursie)

NAZWA \ NIP PRZEDSIĘBIORSTWA
(W KTÓRYM JESTEŚ ZATRUDNIONY)

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA

PESEL UCZESTNIKA

WYKSZTAŁCENIE

- niższe niż podstawowe
- podstawowe
- gimnazjalne
- ponadgimnazjalne (zasadnicza szkoła zawodowa, liceum, technikum)
- posiadam świadectwo dojrzałości (tzw. maturę)
- wyższe

ZAJMOWANE STANOWISKO

**KAŻDY PRACOWNIK OBOWIĄZKOWO DO FORMULARZA MUSI
DOŁĄCZYĆ SKAN UMOWY O PRACĘ, ABY WNIOSEK ZOSTAŁ
ROZPATRZONY**

ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA

WOJEWÓDZTWO

POWIAT

GMINA

MIEJSCOWOŚĆ

KOD POCZTOWY

ULICA, NUMER

AKTYWNY NUMER TELEFONU

E-MAIL

Wyrażam zgodę na:






- a) wykonanie usługi doradczej przez Centrum Rozwoju Przedsiębiorczości Patryk Trojan polegającej na udzieleniu informacji o projekcie oraz pomoc w aplikowaniu o środki na usługę szkoleniową realizowaną przez instytucję szkoleniową.
- b) na przetwarzanie danych osobowych; Wypełniając postanowienia rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) - dalej RODO (GDPR);
- c) założenie technicznego e-maila do celów projektowych oraz pozostałych niezbędnych kont do pozyskania dofinansowania
- d) Zobowiązuję się do zapłaty wkładu własnego w terminie 7 dni kalendarzowych*

.....
Data i czytelny podpis uczestnika

Województwo Świętokrzyskie

* Wysokość wkładu własnego wynosi od 5% do 50% w zależności od wielkości przedsiębiorstwa, w którym jest się zatrudnionym

CZĘŚĆ C. INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKOLENIA

NAZWA\NIP PRZEDSIĘBIORSTWA (W KTÓRYM JESTEŚ ZATRUNDIONY)	
IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA	
POSIADANE KATEGORIE PRAWA JAZDY	
KURS PRAWO JAZDY WYBRAĆ JEDNO	<input type="checkbox"/> KAT. B  <input type="checkbox"/> KAT. C  <input type="checkbox"/> KAT. C+E  <input type="checkbox"/> KAT. C, C+E  <input type="checkbox"/> KAT. C, C+E, KWAL 
NAZWA OŚRODKA SZKOLĄCEGO; ADRES	OSK SMILE 27-400 OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI, ALEJA 3 MAJA 4
..... Data i czytelny podpis uczestnika	

Województwo Świętokrzyskie

**WYPEŁNIONY DOKUMENT NALEŻY WYŚLAĆ NA
ADRES MAILOWY:**

swietokrzyskie@centrumrozwoju.eu