

Deklaracja uczestnictwa w Projekcie

„Kompleksowe wsparcie przedsiębiorstw w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi w oparciu o metodę Mapowania Decyzji Społecznych”

realizowanego w ramach Priorytetu VIII. Regionalne kadry gospodarki, Działanie 8.1. Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Poddziałanie 8.1.1 Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw.

Dane przedsiębiorstwa

Pełna nazwa przedsiębiorstwa, w którym uczestnik jest zatrudniony:	
--	--

Dane uczestnika

Imię	
Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Pesel	-----
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną: (Rozumiane jako fakt posiadania przez uczestnika projektu pod opieką dziecka do lat 7 lub osoby zależnej zgodnie z definicją zawartą w Ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Dz.U. Z dn. 1maja 2004)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dane kontaktowe	Ulica..... Nr domu..... Nr lokalu..... Miejscowość.....

	Kod pocztowy..... Województwo..... Powiat..... Telefon stacjonarny..... Telefon komórkowy..... Mail.....
Status uczestnika szkolenia w przedsiębiorstwie, o którym mowa w pkt. 1 formularza	<input type="checkbox"/> pracownik w rozumieniu art.2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. Z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.) <input type="checkbox"/> właściciel pełniący funkcję kierownicze <input type="checkbox"/> wspólnik w tym partner prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe
Miejsce wykonywania pracy na rzecz przedsiębiorstwa, o którym mowa w pkt. 1 formularza, określone w umowie z uczestnikiem szkolenia:	<input type="checkbox"/> województwo wielkopolskie <input type="checkbox"/> inne

Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

W związku z przystąpieniem do Projektu „**Kompleksowe wsparcie przedsiębiorstw w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi w oparciu o metodę Mapowania Decyzji Społecznych**” 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 Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji ww. projektu, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;



3. moje dane mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji ww. projektu, 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.

Ponadto oświadczam, że:

- zostałam/em poinformowana/y, że Projekt „**Kompleksowe wsparcie przedsiębiorstw w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi w oparciu o metodę Mapowania Decyzji Społecznych**”, realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VIII. Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących, Działanie 8.1 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Poddziałanie 8.1.1 Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw, jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- zostałam/em poinformowana/y o możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.

Zobowiązuję się do:

- udziału w cyklu 5 dni szkoleniowych organizowanych w ramach Projektu w wymiarze co najmniej 80% czasu szkoleniowego,
- podpisania listy obecności na każdym szkoleniu jak również wypełnienia kwestionariusza ankiety ewaluacyjnej, pre, re-testu wiedzy i kwestionariusza egzaminu praktycznego,
- poinformowania Biura Projektu o nieobecności lub rezygnacji z udziału w każdym ze szkoleń najpóźniej na trzy dni przed planowanym terminem każdego ze szkoleń.

Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadoma/y odpowiedzialności wynikającej ze składania oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Podpis uczestnika miejscowość, data

.....

