

# Formularz zgłoszeniowy uczestnika Województwo Świętokrzyskie

NA KURS PRAWA JAZDY z dofinansowaniem za pośrednictwem CENTRUM SZKOLEŃ I DORADZTWA EXPERT

**FORMULARZ WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI**

<b>CZEŚĆ A. DANE PRZEDSIĘBIORSTWA - PRACODAWCY</b> (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"/>
<b>DANE OSOBOWE I TELEADRESOWE PRACODAWCY</b>		
IMIĘ I NAZWISKO PRACODAWCY		
PESEL PRACODAWCY		
E-MAIL		
TELEFON/OŚCIB DO KONTAKTU		
FIRMOWY NUMER KONTA BANKOWEGO	_____	
<b>Wyrażam zgodę na:</b>		
a) wykonanie usługi doradczej przez Centrum Szkoleń i Doradztwa EXPERT 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) 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;		
d) 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 ZATRUNDIONY)

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:

- wykonanie usługi doradczej przez Centrum Szkoleń i Doradztwa EXPERT 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);
- założenie technicznego e-maila do celów projektowych oraz pozostałych niezbędnych kont do pozyskania dofinansowania
- 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 KATEGORIA 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  <input type="checkbox"/> KAT. D  <input type="checkbox"/> KAT. D, KWAL  <input type="checkbox"/> KWALIFIKACJE NA PRZEWÓZ RZECZY <input type="checkbox"/> KWALIFIKACJE NA PRZEWÓZ OSÓB
NAZWA OŚRODKA SZKOLĄCEGO; ADRES	OSK SMILE  27-400 OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI, ALEJA 3 MAJA 4
..... Data i czytelny podpis uczestnika	

Województwo Świętokrzyskie