

# Formularz zgłoszeniowy uczestnika Województwo Warmińsko-Mazurskie

NA SZKOLENIE ADR z dofinansowaniem za pośrednictwem CENTRUM SZKOLEŃ I DORADZTWA EXPERT

**FORMULARZ WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI**

## CZEŚĆ 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 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);
- 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, pieczętka i podpis pracodawcy

Województwo Warmińsko-Mazurskie

## 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 Warmińsko-Mazurskie

\* 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	
SZKOLENIE ADR	<input type="checkbox"/> PODSTAWOWY                      UPRAWNIAJĄCY DO PRZEWOZU MATERIAŁÓW NIEBEZPIECZNYCH WSZYSTKICH KLAS, POZA KLASĄ 1 ORAZ 7
	<input type="checkbox"/> SPEC. DLA PRZEWOZU MATERIAŁÓW NIEBEZPIECZNYCH W CYSTERNACH
NAZWA OŚRODKA SZKOLENIA; ADRES	LOK - OŚRODEK SZKOLENIA ZAWODOWEGO KIEROWCÓW  10-446 OLSZTYN, UL. WESTERPLATTE 1
..... Data i czytelny podpis uczestnika	

Województwo Warmińsko-Mazurskie