

Województwo Pomorskie

Formularz zgłoszeniowy przedsiębiorstwa na szkolenia rozwijające kompetencje i kwalifikacje pracowników*

z dofinansowaniem za pośrednictwem CENTRUM SZKOLEŃ I DORADZTWA EXPERT

FORMULARZ WYPEŁNIAMY DRUKOWANYMI LITERAMI

CZEŚĆ A. DANE PRZEDSIĘBIORSTWA - PRACODAWCY (wypełnia i podpisuje pracodawca/osoba prowadząca działalność gospodarczą)	
NIP PRZEDSIĘBIORSTWA	
NAZWA PRZEDSIĘBIORSTWA	
ADRES PRZEDSIĘBIORSTWA	
LICZBA ZATRUDNIONYCH PRACOWNIKÓW	
LICZBA PRACOWNIKÓW ODDELEGOWANYCH NA SZKOLENIE	
DANE OSOBOWE I TELEADRESOWE PRACODAWCY	
IMIĘ I NAZWISKO PRACODAWCY	
PESEL PRACODAWCY	
E-MAIL	
TELEFON/OSOBA DO KONTAKTU	
FIRMOWY NUMER KONTA BANKOWEGO	-----
<p><i>Wyrażam zgodę na:</i></p> <ul style="list-style-type: none">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 podpisywania umowy w przypadku pozytywnej decyzji o przyznaniu środków, bądź przekazać pracownikowi pełnomocnictwo które uprawni go do podpisania umowy;d) założenie technicznego e-maila do celów projektowych oraz pozostałych niezbędnych kont do pozyskania dofinansowania. <p>.....</p> <p>Data, pieczęć i podpis pracodawcy</p>	

Województwo Pomorskie

* Właściciele przedsiębiorstwa oraz osoby prowadzące jednosobową działalność rozumiane są jako pracownicy przedsiębiorstwa

CZĘŚĆ B. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA - w przypadku oddelegowania kilku pracowników, prosimy o powielenie tej strony dla każdego z nich.
(wypełnia i podpisuje osoba biorąca udział w kursie)

NAZWA\NIP PRZEDSIĘBIORSTWA (Z KTÓREGO JESTEŚ ODDELEGOWYWANY/A)	
IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA	
PESEL UCZESTNIKA	
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (zasadnicza szkoła zawodowa, liceum, technikum) <input type="checkbox"/> posiadam świadectwo dojrzałości (tzw. maturę) <input type="checkbox"/> 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 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) 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 Pomorskie

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