



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

SYTUACJA ZAWODOWA

14. WYKSZTAŁCENIE (zaznaczyć właściwy kwadrat)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> wyższe magisterskie | <input type="checkbox"/> wyższe zawodowe (licencjat, inżynier) |
| <input type="checkbox"/> policealne | <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące |
| <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe |
| <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne | <input type="checkbox"/> gimnazjalne |
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> niepełne podstawowe |

15. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU (zaznaczyć właściwy kwadrat)

osoba bezrobotna, w tym:

Zarejestrowana jako bezrobotna w Powiatowym Urzędzie Pracy TAK NIE

Osoba długotrwale bezrobotna (*osoba pozostająca bez zatrudnienia, pozostająca w rejestrze Powiatowego Urzędu Pracy łącznie przez okres co najmniej 12 miesięcy w ciągu ostatnich dwóch lat*) TAK NIE

zatrudniony, w tym

- Rolnik
- Samozatrudniony (własna działalność gospodarcza)
- Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie
- Zatrudniony w małym i (lub) średnim przedsiębiorstwie
- Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie
- Zatrudniony w administracji publicznej
- Zatrudniony w organizacji pozarządowej

osoba nieaktywna zawodowo (*osoba w wieku 15-64 lata niezatrudniona, niewykonywająca innej pracy zarobkowej, zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy, niezarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy*) w tym:

osoba ucząca lub kształcąca się osoba zamieszkująca teren wiejski

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu „Nasze wykształcenie - naszą szansą” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuje do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, ul. Wspólna 2/4 00-926 Warszawa;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi Projektu;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością 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 do swoich danych i ich poprawiania.

miejsowość i data

czytelny podpis uczestnika projektu



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Projekt realizowany przez **Hostel Orange s.c.**
Agnieszka Kukiz-Szczucińska, Adam Szczuciński
00-530 Warszawa, ul. Mokotowska 71/5
Termin realizacji: **01.08.2011 – 31.07.2013**

Imię _____

Nazwisko _____

Adres _____

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na uczestniczenie w projekcie „Nasze wykształcenie – naszą szansą”, nr umowy: UDA-POKL.09.02.00-26-025/11
- zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji oraz zasadami uczestnictwa w projekcie
- zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

_____ miejscowość i data

_____ czytelny podpis uczestnika projektu

ZGODA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH

(dotyczy uczestników, którzy w dniu przystąpienia do projektu nie mają ukończonych 18 lat)

Imię nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Adres rodzica/opiekuna prawnego

Telefon kontaktowy do rodziców/opiekunów.....

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w projekcie

(imię i nazwisko dziecka)

pt. „Nasze wykształcenie - naszą szansą”, w tym na udział w wycieczkach do Krakowa organizowanych w ramach projektu.

1. Potwierdzam prawidłowość informacji zawartych w Formularzu zgłoszeniowym dziecka.
2. Jestem świadomy/a, iż moje dziecko uczestnicząc w projekcie zobowiązane jest do przestrzegania Regulaminu uczestnictwa w projekcie.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki z Regulaminu uczestnictwa w projekcie.
4. Oświadczam, że stan zdrowia dziecka nie wykazuje przeciwwskazań do udziału w zajęciach lekcyjnych/warsztatach/ zajęciach indywidualnych/wycieczkach.

Realizator odpowiada za bezpieczeństwo dziecka wyłącznie w trakcie zajęć.

_____ miejscowość i data

_____ czytelny podpis rodzica lub i opiekuna