

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SPOTKANIE 16 lutego 2010r.**

**Dane uczestnika szkolenia w projekcie**

Wypełnij puste pola lub wybierz właściwą odpowiedź zaznaczając: „X”

<b>Dane</b>	<b>Imię i nazwisko</b>					
	<b>Instytucja zgłaszająca na szkolenie *</b> (nazwa i adres)		<b>Nazwa Instytucji</b>			
			<b>Ulica</b>	<b>Nr domu</b>		<b>Nr lokalu</b>
			<b>Kod pocztowy</b>	<b>Miejscowość</b>		
	<b>Tel.</b>		<b>Gmina</b>		<b>Fax</b>	
	<b>Imię i Nazwisko osoby rezerwowej*</b> (adres, telefon, e-mail)		<b>Imię Nazwisko</b>			
			<b>Ulica</b>	<b>Nr domu</b>		<b>Nr lokalu</b>
			<b>Kod pocztowy</b>	<b>Miejscowość</b>		
<b>e-mail</b>				<b>Telefon</b>		

\* Pole wymagane do wypełnienia.

Czym jest Pani/Pan szczególnie zainteresowana/y w związku z tematyką spotkania?

Kim są odbiorcy organizacji, którą Pan/Pani reprezentuje, jak duża jest grupa, specyfika prowadzonych działań na ich rzecz?

Proszę podać przychody organizacji za ostatni rok.

Proszę podać ilość zatrudnionych pracowników i wolontariuszy?

Czy organizacja jest członkiem sieci (regionalnej, krajowej)? Jeśli tak, to jakiej?

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż w przypadku rezygnacji ze spotkania jestem zobowiązany/a w terminie **2 dni roboczych** przed datą rozpoczęcia spotkania poinformować (drogą pocztową, telefoniczną bądź za pomocą poczty elektronicznej) Kujawsko-Pomorski Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Pozarządowych „TŁOK” o swojej nieobecności na spotkaniu.

Jeśli bez ważnej losowej przyczyny zrezygnuję z zajęć bez poinformowania Ośrodka zostanę wykluczony/a z możliwości udziału w szkoleniach organizowanych przez Kujawsko-Pomorski Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Pozarządowych „TŁOK” w roku bieżącym oraz w 2010 r.

.....  
Miejsce, data

.....  
Podpis uczestnika szkolenia

**OŚWIADCZENIE OSOBY KIERUJĄCEJ NA SZKOLENIE**

Oświadczam, iż podstawą wyboru osoby oddelegowanej na szkolenie organizowane przez Kujawsko-Pomorski Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Pozarządowych „TŁOK” w Toruniu jest praktyczne wykorzystanie wiedzy zdobytej na szkoleniu w swojej pracy zawodowej.

.....  
Miejsce, data

.....  
Podpis Dyrektora/ Kierownika

## DEKLARACJA OSTATECZNEGO BENEFICJENTA

1. Ja niżej podpisana/y deklaruję udział w projekcie **Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Ekonomii Społecznej** 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 Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pełniące 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 Projektu **Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Ekonomii Społecznej**, ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu, ewaluacji, 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.

- właściwe zaznaczyć

- nie należy wypełniać pól zaznaczonych kolorem szarym

	Lp.	Dane Ostatecznego Beneficjenta
<b>Dane uczestnika</b>	1.	Imię (imiona)
	2.	Nazwisko
	3.	<input type="checkbox"/> Kobieta / <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	4.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu
	5.	PESEL
	6.	Wykształcenie wyższe <input type="checkbox"/> /pomaturalne <input type="checkbox"/> / ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> / gimnazjalne <input type="checkbox"/> / podstawowe <input type="checkbox"/> / brak <input type="checkbox"/>
	7.	Czy opiekuję się Pan/Pani osobą zależną (dziecko do lat 7, osoba niepełnosprawna, osoba starsza) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Dane kontaktowe</b>	Należy podać dane kontaktowe (adres korespondencyjny, telefon), tzn. takie które umożliwią dotarcie do osoby w przypadku kiedy zostanie ona wylosowana do udziału w badaniu ewaluacyjnym	
	7.	Ulica

	8.	<b>Nr domu</b>	
	9.	<b>Nr lokalu</b>	
	10.	<b>Miejscowość</b>	
	11.	<input type="checkbox"/> <b>Obszar miejski (Gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszk)</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>Obszar wiejski (Gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszk.)</b>	
	12.	<b>Kod pocztowy</b>	
	13.	<b>Województwo Kujawsko-Pomorskie</b>	
	14.	<b>Powiat</b>	
	15.	<b>Telefon stacjonarny</b>	
	16.	<b>Telefon komórkowy</b>	
17.	<b>Adres poczty elektronicznej (e-mail)</b>		
<b>Dane dodatkowe</b>	18.	<input type="checkbox"/> - zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie (od 2 do 9 pracowników) <input type="checkbox"/> - zatrudniony w małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników) <input type="checkbox"/> - zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> - zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) <input type="checkbox"/> - zatrudniony w organizacji pozarządowej <b>(W przypadku pracowników ngo proszę wypełnić pole 18a)</b> <input type="checkbox"/> - zatrudniony w administracji publicznej	<input type="checkbox"/> - samozatrudniony <input type="checkbox"/> - rolnik <input type="checkbox"/> - osoba nieaktywna zawodowo <input type="checkbox"/> - osoba ucząca się lub kształcąca <input type="checkbox"/> - bezrobotny <input type="checkbox"/> - długotrwale bezrobotny (pozostający bez zatrudnienia przez okres dłuższy niż 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> - zatrudniony w instytucji pomocy społecznej <input type="checkbox"/> - partner społeczno-gospodarczy <input type="checkbox"/> - inny

18a	Organizacja zatrudniająca pracownika		Nazwa Instytucji		
			Ulica		
			Kod pocztowy		Miejscowość
	Tel.		Gmina		
	Fax		NIP		
	REGON				
19.	Rodzaj przyznanego wsparcia <input type="checkbox"/> szkolenia/warsztaty/kursy/konferencje <input type="checkbox"/> doradztwo				
20.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie (Data podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie)				
21.	Data zakończenia udziału w projekcie (Ostatni dzień udziału osoby w projekcie. Za datę zakończenia udziału w projekcie rozumie się również datę przerwania udziału w projekcie)				
22.	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa <input type="checkbox"/> Tak/ <input type="checkbox"/> Nie				
23.	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia <input type="checkbox"/> Podjęcie zatrudnienia/ <input type="checkbox"/> Podjęcie nauki/ <input type="checkbox"/> Inne				

Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

Podpis beneficjenta .....

Podpis przyjmującego deklarację.....