

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE

Temat:
Miejsce:
Termin:

DANE PROJEKTU	
Numer umowy	POWR.02.17.00-00-0001/20-00
Nazwa beneficjenta	Ministerstwo Sprawiedliwości
Nazwa partnera projektu	
Tytuł projektu	Upowszechnienie alternatywnych metod rozwiązywania sporów poprzez podniesienie kompetencji mediatorów, utworzenie Krajowego Rejestru Mediatorów (KRM) oraz działania informacyjne
Okres realizacji projektu	01.06.2020 – 31.08.2023

Informacje o uczestniku szkolenia – do wypełnienia:

UWAGA: W miejscach wyboru proszę zaznaczyć X prawidłową odpowiedź.

Zakres danych objętych niniejszym formularzem wynika z konieczności realizacji założeń Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Dane uczestnika projektu otrzymującego wsparcie – indywidualni i pracownicy instytucji (należy podać dane dot. adresu prywatnego)	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość i kod pocztowy	
Ulica, numer budynku, numer lokalu	
Adres e-mail (należy podać dane dot. adresu prywatnego)	
Telefon kontaktowy (należy podać dane dot. telefonu prywatnego)	
Wykształcenie (zaznacz)	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Podstawowe
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (data rozpoczęcia szkoleń)	
Data zakończenia udziału w projekcie (data zakończenia szkoleń)	

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznacz)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna, niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna, zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo
W tym (zaznacz)	<input type="checkbox"/> Pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Wykonywany zawód (zaznacz):	<input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Inne
Zatrudniony w:	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Osoba z orzeczoną niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak* <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
*W związku z orzeczoną niepełnosprawnością zgłaszam potrzebę dostosowania szkolenia (w jaki sposób?)	

Osoba w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
--	--

MODUŁY SZKOLENIOWE	
Poniżej proszę wybrać szkolenie, którym jest Pan/Pani zainteresowana	
Szkolenie z limitowaną liczbą uczestników	<input type="checkbox"/>
Szkolenie z nielimitowaną liczbą uczestników	<input type="checkbox"/>

WARUNKI UCZESTNICTWA W SZKOLENIU:

- Przesłanie wypełnionego i podpisanego formularza zgłoszeniowego na szkolenie
.....
- pocztą tradycyjną na adres: lub
- złożenie ww. dokumentów osobiście w siedzibie
- Termin przyjmowania zgłoszeń – do wyczerpania miejsc, najpóźniej do dnia..... 2021 r.
- Regulamin rekrutacji uczestników projektu znajduje się na stronie internetowej
.....
- Uwaga: liczba miejsc ograniczona (.....)
- Udział jest bezpłatny

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Uczestnika Projektu

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą potwierdzam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Kandydata/Kandydatki