KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

ROZWÓJ I DOSKONALENIE KWALIFIKACJI KADR SEKTORA USŁUG MOTORYZACYJNYCH

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE FIRMY ZGŁASZAJĄCEJ PRACOWNIKA / PRZEDSIĘBIORCĘ DO UDZIAŁU W SZKOLENIU

PODSTAWOWE

Nazwa firmy

Nazwa firmy cd.

NIP - - -

Regon

TELEADRESOWE (SIEDZIBA FIRMY zgodnie z dokumentami rejestrowymi)

Miejscowość

Ulica

nr domu

nr lokalu

Kod pocztowy -

Poczta

Gmina

Powiat

Województwo

Telefon (wraz z numerem kierunkowym)

Fax

Adres poczty elektronicznej (e-mail)

DANE PRACOWNIKA LUB PRZEDSIĘBIORCY ZGŁASZANEGO DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

*) w przypadku większej liczby zgłaszanych osób proszę wypełnić ponownie tę część formularza

PODSTAWOWE

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok) - -

Miejsce urodzenia - miejscowość

Województwo

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Miejscowość

Ulica nr domu nr lokalu

\- Kod pocztowy Poczta Gmina

Powiat Województwo

Telefon stacjonarny (wraz z numerem kierunkowym) lub Telefon komórkowy

L.p.	Data wybranego szkolenia	Tytuł szkolenia	Imię i Nazwisko Uczestnika
1			
2			

Oświadczam, że:

- Dane przedstawione w niniejszej karcie zgłoszeniowej odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji, realizacji oraz monitoringu i ewaluacji Projektu „Wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw branży elektronicznej" zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych Dz. U nr 101, poz. 926 ze zm.

....

pieczątka przedsiębiorstwa podpis osoby kierowanej na szkolenie podpis Pracodawcy

.....

(miejscowość, data)