

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE

realizowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w projekcie „Centrum Usług Społecznych w powiecie sieradzkim”

Grupa docelowa: opiekunowie faktyczni osób niesamodzielnych/niepełnosprawnych

Sieradz, dn. 2019r.

Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej/ niepełnosprawnej biorącej udział w projekcie:

.....

Dane uczestnika	Imię		
	Nazwisko		
	PESEL		
	PŁEĆ	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe	
Dane Kontaktowe	Województwo		
	Powiat		
	Gmina		
	Miejscowość		
	Ulica		
	Nr budynku		
	Nr lokalu		
	Kod pocztowy		
	Adres e-mail		
Telefon kontaktowy			
Szczegóły wsparcia	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
		<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
		<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne



Centrum Usług Społecznych
w Powiecie Sieradzkim



		<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
	Wykonywany zawód	<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"/> inny	
	Zatrudniony w :		
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Nie	
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Nie	
	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie	
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	





Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Deklaruję udział w projekcie pn. „CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W POWIECIE SIERADZKIM” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem osobą zamieszkałą na terenie powiatu sieradzkiego.
2. Znajduję się w grupie osób, do której kierowany jest projekt.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W POWIECIE SIERADZKIM”.
5. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Miejscowość, data zgłoszenia się uczestnika do udziału w szkoleniach

Czytelny podpis uczestnika



Centrum Usług Społecznych
w Powiecie Sieradzkim