

## KARTA ZGŁOSZENIOWA

do projektu

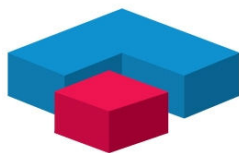
### „POKAŻ SWOJE KWALIFIKACJE 2 –program potwierdzania kwalifikacji zawodowych dla całego zawodu i zadań zawodowych”

UPRZEJMIIE PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE RUBRYK WIELKIMI LITERAMI I ZAZNACZENIE KRZYŻYKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU												
Dane podstawowe uczestnika projektu												
Nazwisko												
Imię (imiona)												
PESEL												
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 uczestnika projektu												
Kod pocztowy				-			Miejscowość					
Ulica							Nr domu / lokalu					
Województwo/ Powiat							Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski			
Tel. kontaktowy							E-mail					
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednie)												
Osoba bezrobotna*	<input type="checkbox"/> tak			Osoba nieaktywna zawodowo*			<input type="checkbox"/> tak					
Osoba zatrudniona*	<input type="checkbox"/> tak											
Wsparcie przewidziane w projekcie (wypełnić odpowiednie, wskazać zawód)												
JESTEM ZAINTERESOWANY EGZAMINEM:	CZELADNICZYM			<input type="checkbox"/> tak								
	MISTRZOWSKIM			<input type="checkbox"/> tak								
W ZAWODZIE (JAKIM?)												
JESTEM ZAINTERESOWANY POTWIERDZENIEM ZADAŃ ZAWODOWYCH WCHODZĄCYCH W ZAKRES ZAWODU:	<input type="checkbox"/> tak			Jakiego zawodu? .....								

\* Definicje poszczególnych kategorii znajdują się w Regulaminie rekrutacji.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z regulaminem rekrutacji do projektu i w pełni go akceptuję.  
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....  
Czytelny podpis uczestnika projektu



## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu p.n. „**POKAŻ SWOJE KWALIFIKACJE 2 –program potwierdzenia kwalifikacji zawodowych dla całego zawodu i zadań zawodowych**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „POKAŻ SWOJE KWALIFIKACJE 2 –program potwierdzenia kwalifikacji zawodowych dla całego zawodu i zadań zawodowych”, ewaluacji, kontroli, monitoring i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL);
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej – Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Podlaskiego, ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, beneficjentowi realizującemu projekt - Białostockiej Fundacji Kształcenia Kadr, ul. Spółdzielcza 8, 15-441 Białystok oraz Izbie Rzemieślniczej i Przedsiębiorczości w Białymstoku, ul. Warszawska 6, 15 – 950 Białystok. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej lub beneficjentowi badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL lub Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach POKL;
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
6. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Czytelny podpis uczestnika projektu*

### **Biuro Projektu:**

Białostocka Fundacja Kształcenia Kadr  
ul. Spółdzielcza 8; 15-441 Białystok  
Tel. (85) 653 77 00; Fax. (85) 732 95 05

### **Biuro Partnera Projektu**

Izba Rzemieślnicza i Przedsiębiorczości w Białymstoku  
ul. Warszawska 6; 15 – 950 Białystok  
Tel. (85) 743 54 03; Fax. (085) 743 61 41

