

**DEKLARACJA ZGŁOSZENIOWA¹**

L.P.	DANE KANDYDATA		
1	Dane podstawowe	Imię (imiona)	
		Nazwisko	
		Data i miejsce urodzenia	
		PESEL	
		NIP	
2	Wykształcenie	Brak	
		Podstawowe	
		Gimnazjalne	
		Ponadgimnazjalne	
		Pomaturalne	
3	Dane adresowe (obecne miejsce zamieszkania w rozumieniu Kodeksu Cywilnego ²)	Województwo	Pomorskie
		Powiat	
		Kod pocztowy	
		Ulica	
		Numer domu	
		Numer mieszkania	
4	Dane kontaktowe	Adres e-mail	
		Telefon domowy	
		Telefon komórkowy	
5	Uczestniczyłem w szkoleniach/kursach finansowanych przez Unię Europejską	Tak	
		Nie	
6	Zatrudniony w:	Mikro przedsiębiorstwie (do 9 pracowników)	
		Małym przedsiębiorstwie (10-49 pracowników)	
		Średnim przedsiębiorstwie (50-249 pracowników)	
		Dużym przedsiębiorstwie (powyżej 250 pracowników)	
		Własna jednoosobowa działalność gospodarcza	
		Administracja publiczna	
7	Nazwa instytucji zatrudniającej	Organizacja pozarządowa	
8	Adres instytucji zatrudniającej		
9	Stanowisko		

Zgłaszam z własnej inicjatywy chęć nabycia nowych, uzupełnienia lub podwyższenia kwalifikacji i/lub umiejętności zawodowych dostosowanych do potrzeb regionalnego rynku pracy, poza godzinami i miejscem pracy. Zobowiązuję się do uczestnictwa w projekcie "Pomorski Rehabilitant XXI w." realizowanym przez Fundację Pomocy Dzieciom Poszkodowanym w Wypadkach Komunikacyjnych „Wróć” w Jantarze, po pozytywnym przejściu procesu rekrutacji. Oświadczam, iż mój pracodawca nie jestem powiązany organizacyjnie z realizatorem projektu.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis

Załączniki:

1. Zaświadczenie o zatrudnieniu
2. Kserokopia dowodu osobistego
3. oświadczenie o zamieszkiwaniu na terenie województwa pomorskiego

¹ Proszę o czytelne wypełnienie **WSZYSTKICH** możliwych pól na obu stronach formularza

² Art. 25. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

Realizator:



Biuro projektu:

Fundacja Pomocy Dzieciom Poszkodowanym w Wypadkach Komunikacyjnych "Wróć"
82-103 Stegna, ul. Gdańska 1 Jantar, tel. 55 247 90 13, fax. 55 247 89 33
e-mail: fundacjawroc@si.pl, www.fundacjawroc.pl

**Jestem zainteresowana/y udziałem w następujących kursach:**

Lp.	Temat szkolenia	Wybór ³	Kolejność ⁴
1	Kurs SI stopień I		
2	Kurs SI stopień II – dla posiadających I stopień		
3	Koncepcja Halliwick Kurs Podstawowy (wymagana umiejętność pływania)		
4	Koncepcja Halliwick Kurs Zaawansowany – dla posiadających kurs podstawowy		
5	Kurs metody Watsu		
6	Kurs Ackermann		
7	Kurs NDT BOBATH dla dorosłych		
8	Kurs NDT BOBATH podstawowy		
9	Kurs PNF		
10	Szkolenie z wykorzystania technik ICT:		
A	Jak wykorzystywać diagnozę neuropsychologiczną w pracy z dziećmi ze złożoną niepełnosprawnością?		
B	Jak konstruować program pracy i jak pokonywać trudności w terapii dzieci wielorako niepełnosprawnych?		
C	Jak pracując z ciałem dziecka niepełnosprawnego można wpływać na jego rozwój?		
D	Jak nauczyć porozumiewania się dzieci, które chciałyby mówić a nie mogą?		
E	Jak pracować z rodzicami dziecka niepełnosprawnego?		
F	Jak pracować niedyrektywnie z dziećmi niepełnosprawnymi?		
G	Zakres zastosowania komputera oraz urządzeń specjalistycznych i oprogramowania dla osób z niepełnosprawnością		
H	Szkolenie BoardmakerSPD – dla początkujących		
I	Szkolenie SymWord, SymWriter		
J	AAC - szkolenie z zakresu metod alternatywnej komunikacji		

Oświadczenie kandydata na uczestnika szkolenia:

- Niniejszym oświadczam, że dane wpisane w niniejszym kwestionariuszu są zgodne z prawdą;
- Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że szkolenie w ramach niniejszego projektu zorganizowane zostało ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa w ramach: Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- Zapoznałem/am się z „Regulaminem naboru i uczestnictwa” w projekcie pt. „Pomorski Rehabilitant XXI w.” i akceptuje jego warunki;
- Wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji projektu pt. „Pomorski Rehabilitant XXI w.” przez realizatora Fundację Pomocy Dzieciom Poszkodowanym w Wypadkach Komunikacyjnych „Wróć” w Jantarze;
- W przypadku przyjęcia mojego zgłoszenia do udziału w Projekcie wyrażam zgodę na:
 - podanie do publicznej informacji na stronie internetowej www.fundacjawroc.pl oraz w biurze realizatora projektu mojego imienia i nazwiska na „Liście osób przyjętych do udziału w Projekcie”.
 - wykorzystanie mojego wizerunku w formie zdjęć, zapisów wideo do promowania i upowszechniania działań przewidzianych w ww. projekcie w całości sfinansowanych ze środków publicznych.
- Oświadczam, iż przyjmuje do wiadomości, że:
 - administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
 - moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi Projektu;

³ Prosimy zaznaczyć krzyżykiem wybrane kursy⁴ Z UWAGI NA OGRANICZONĄ LICZBĘ MIEJSC PROSIMY ZAZNACZYĆ KOLEJNOŚĆ WYBRANYCH KURSÓW OD 1 (NAJWYŻSZA) DO 9 (NAJNIŻSZA) WEDŁUG HIERARCHII WAŻNOŚCI DLA PAŃSTWA

Realizator:



Biuro projektu:

Fundacja Pomocy Dzieciom Poszkodowanym w Wypadkach Komunikacyjnych „Wróć”
82-103 Stegna, ul. Gdańska 1 Jantar, tel. 55 247 90 13, fax. 55 247 89 33
e-mail: fundacjawroc@si.pl, www.fundacjawroc.pl



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
 - podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
 - mam prawo dostępu do treści swoich danych do swoich danych i ich poprawiania.
7. Jednocześnie oświadczam, iż **NIE JESTEM**:
- osobą bezrobotną zarejestrowaną lub zgłoszoną w Powiatowym Urzędzie Pracy;
 - osobą prowadzącą działalność gospodarczą;
 - rolnikiem ubezpieczonym w KRUS;
 - uczniem, słuchaczem szkoły dziennej lub studentem studiów dziennych.
8. Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które mogą przeprowadzić instytucje nadzorujące projekt m.in. Departament Europejskiego Funduszu Społecznego Urzędu Marszałkowskiego w Gdańsku

.....
miejsowość i data

.....
Czytelny podpis

