

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

„Program integracji społeczno-zawodowej społeczności romskiej na terenie województwa mazowieckiego”

FORMULARZ PROSIMY UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól.

I. DANE KANDYDATA/KI DO PROGRAMU	
Imię	
Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL	
Data urodzenia (dotyczy osób nieposiadających numeru PESEL)	
Wiek (należy podać pełne lata i miesiące na dzień składania formularza) lat miesięcy
E-mail	
Telefon kontaktowy	
Adres zamieszkania	Ulica
	Numer domu
	Numer lokalu
	Kod pocztowy
	Miejscowość
	Gmina
	Powiat
	Województwo
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (kształcenie ukończone na poziomie gimnazjum) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
Wybrany rodzaj kursu: <i>(do wyboru jeden ze wskazanych rodzajów kursów)</i>	<input type="checkbox"/> Kurs prawa jazdy <input type="checkbox"/> Kurs zawodowy (Kurs kwalifikacji rynkowej)

II. OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU:

1. Wyrażam zgodę na udział w „Programie integracji społeczno-zawodowej społeczności romskiej na terenie województwa mazowieckiego”.
2. Zapoznałam/-łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w „Programie integracji społeczno-zawodowej społeczności romskiej na terenie województwa mazowieckiego”, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Jestem przedstawicielem/ką społeczności romskiej i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. programie.
4. Zostałem/am poinformowany/na, że w przypadku rezygnacji lub przerwania udziału w programie, organizator może żądać od ode mnie zwrotu przekazanych materiałów szkoleniowych, pozostających w nienaruszonym stanie oraz zwrotu poniesionych do tego czasu kosztów finansowych.
5. Zostałem/łam poinformowany/na o współfinansowaniu Programu ze środków MSWiA w ramach PROGRAMU INTEGRACJI

SPOŁECZNEJ I OBYWATELSKIEJ ROMÓW W POLSCE NA LATA 2021-2030.

6. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o programie pocztą elektroniczną na podane konto e-mail w rozumieniu art. 10 ust.2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji programu zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
8. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji „Programu integracji społeczno-zawodowej społeczności romskiej na terenie województwa mazowieckiego”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PROGRAMU INTEGRACJI SPOŁECZNEJ I OBYWATELSKIEJ ROMÓW W POLSCE NA LATA 2021-2030.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w ww. programie. (W przypadku ich niepodania, osoba nie będzie mogła wziąć w nim udziału.
10. Administratorem moich danych osobowych jest Zakład Doskonalenia Zawodowego w Warszawie, ul Podwale 13, 00-252 Warszawa , NIP 526-025-13-74.
11. Z Administratorem można skontaktować się : telefonicznie (22 831 83 48); pocztą elektroniczną (info@zdz.edu.pl); pisemnie, przesyłając korespondencję (Zakład Doskonalenia Zawodowego w Warszawie, ul Podwale 13, 00-252 Warszawa , NIP 526-025-13-74.
12. Wiarygodność złożonych przeze mnie danych, oświadczeń i zobowiązań stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 297 §1 i 2 k.k.

Czytelny podpis kandydata :	
Czytelny podpis Rodzica /Prawnego opiekuna kandydata: <i>(w przypadku niepełnoletniego kandydata)</i>	
Miejscowość i data :	

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE KWALIFIKACJI KANDYDATA DO PROGRAMU *(wypełnia Organizator)*

Data wpływu:	Numer zgłoszenia:	Podpis przyjmującego zgłoszenie:
Wynik postępowania rekrutacyjnego	<input type="checkbox"/> spełnia wymogi formalne <input type="checkbox"/> nie spełnia wymogów formalnych	<input type="checkbox"/> zakwalifikowany/a <input type="checkbox"/> niezakwalifikowany/a
Imię, nazwisko i podpis koordynatora projektu:		
Miejscowość , data:	Warszawa,	