*Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnictwa w szkoleniu*

**Formularz danych osobowych**

**dotyczący uczestnika szkolenia organizowanego w ramach projektu   
*Opolskie pracuje elastycznie***

|  |
| --- |
| **Poniższe pole wypełnia Personel projektu** |
| **Data wpływu *Formularza danych osobowych*:**  ……………………………………………………. |

*POUCZENIE:*

* *przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z obowiązującym Regulaminem uczestnictwa w szkoleniu pn. „Elastyczne formy zatrudnienia - szkolenie dla pracodawców”.*
* *Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, a udzielone informacje powinny być jednoznaczne i precyzyjne. W przypadku ręcznego wypełnienia Formularza należy stosować pismo drukowane.*
* *W przypadku pól niedotyczących Uczestnika zgłaszanego do szkolenia należy wpisać „nie dotyczy”. Co do zasady Formularz nie może zawierać niewypełnionych pól.*
* *Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone klauzulą „za zgodność z oryginałem”, opatrzone podpisem i aktualną datą.*
* *Zabrania się używania korektora, wszelkie pomyłki należy przekreślić i zaparafować.*
* *Niedopuszczalne jest jakiekolwiek modyfikowanie i usuwanie elementów Formularza (w tym logotypów) - dopuszcza się wyłącznie dodawanie stron, rozszerzanie rubryk wynikające z objętości treści.*
* *Złożony Formularz nie podlega zwrotowi.*
* *Wojewódzki Urząd Pracy w Opolu jest uprawniony do żądania złożenia przez zgłaszanego Uczestnika dokumentów pozwalających na weryfikację danych zawartych w Formularzu.*

**DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane teleadresowe** | | | | |
| Imię i nazwisko: |  | | | |
| Płeć: | 🞏 Kobieta | | 🞏 Mężczyzna | |
| PESEL: |  | | | |
| Adres zamieszkania: |  | | | |
| Powiat: |  | | | |
| Gmina: |  | | | |
| Numer telefonu: |  | | | |
| Adres e-mail: |  | | | |
| Obywatelstwo: |  | | | |
| Wiek: |  | | | |
| Data urodzenia: |  | | | |
| Pochodzenie: |  | | | |
| **Zatrudnienie** | | | | |
| Nazwa oraz adres siedziby pracodawcy: |  | | | |
| Miejscowość: | Powiat: | | Gmina: |
|  |  | |  |
| Adres oddziału pracodawcy, jeżeli jest inny niż adres siedziby: | Miejscowość: | Powiat: | | Gmina: |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| Numer identyfikacji podatkowej NIP: |  | | | | | | | |
| Numer REGON: |  | | | | | | | |
| Stanowisko: |  właściciel |  kadra zarządzająca | |  pracownik działu HR | | |  inne, należy podać jakie:  …………….. | |
| Forma zatrudnienia: |  | | | | | | | |
| **Wykształcenie:**  *należy zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem ”X”* | | | | | | | | |
| Podstawowe | | | | | |  | | |
| Gimnazjalne | | | | | |  | | |
| Ponadgimnazjalne (dotyczy także osób, które posiadają wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) | | | | | |  | | |
| Pomaturalne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych) | | | | | |  | | |
| Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, tj. uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) | | | | | |  | | |
| **Inne** | | | | | | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnością**[[1]](#footnote-1): | | | TAK | | | NIE | | |
|  | | |  | | |
| **Osoba 50+[[2]](#footnote-2):** | | | TAK | | | NIE | | |
|  | | |  | | |
| **Dostępność:** | | | | | | | | |
| **Czy uczestnik szkolenia posiada specjalne potrzeby, na przykład wynikające**  **z niepełnosprawności?:** | | | **Tak** | | **Nie** | | | **Odmowa podania informacji** |
|  | |  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jeżeli tak, to wskazać jakie.** | |
| Dostępność architektoniczna na przykład: pochylnia, winda. |  |
| Przygotowanie dokumentów wydrukowanych większą czcionką. |  |
| Wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej. |  |
| Zapewnienie warunków dla psa asystującego. |  |
| Inne, jakie? |  |

Oświadczam, że:

* deklaruję chęć udziału w szkoleniu;
* akceptuję warunki uczestnictwa w szkoleniu wskazane w Regulaminie uczestnictwa w szkoleniu pn. „Elastyczne formy zatrudnienia - szkolenie dla pracodawców;
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu danych osobowych dotyczącym uczestnika szkolenia organizowanego w ramach projektu *Opolskie pracuje elastycznie*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ..……………………………………… |  | …………………………………………… |
| *(miejscowość i data)* |  | *(czytelny podpis)* |

Załącznik:

1. Zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych.

1. **Osoby z niepełnosprawnością** - osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy po wyrażeniu odrębnej zgody na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych okazać do wglądu orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez organ do tego upoważniony. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi należy przedstawić do wglądu dokument tożsamości, złożyć

   zaświadczenie o wydaniu numer PESEL. Osoba 50+, to osoba, która do dnia poprzedzającego przystąpienie do

   projektu ukończyła 50 rok życia. [↑](#footnote-ref-2)