*Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w szkoleniu*

|  |  |
| --- | --- |
| **Formularz informacji organizacyjnych o szkoleniu organizowanym w ramach projektu *Opolskie pracuje elastycznie*** | |
| **Data wpływu Formularza informacji\*:** |  |
| **Numer rekrutacyjny\*:** |  |

*\* pole wypełnia Personel projektu*

*POUCZENIE:*

* *przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z obowiązującym Regulaminem uczestnictwa w szkoleniu pn. „Elastyczne formy zatrudnienia - szkolenie dla pracowników”.*
* *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” lub „---”. 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.*
* *Pracodawca jest zobowiązany do informowania o wszystkich zmianach dot. danych podawanych w Formularzu w terminie określonym w Regulaminie uczestnictwa w szkoleniu pn. „Elastyczne formy zatrudnienia - szkolenie dla pracowników”.*
* *Wojewódzki Urząd Pracy w Opolu jest uprawniony do żądania złożenia przez zgłaszanego Uczestnika dokumentów pozwalających na weryfikację danych zawartych w Formularzu.*

**INFORMACJE ORGANIZACYJNE O SZKOLENIU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwa pracodawcy: |  | | | | | | | | |
| 2. Adres siedziby oraz oddziału (jeżeli jest inny niż adres siedziby): |  | | | | | | | | |
| 3. Osoba do kontaktu / umocowana do reprezentowania pracodawcy: |  | | | | | | | | |
| 4. Planowane terminy szkolenia (należy podać dwa, z których wcześniejszy jest terminem odległym o co najmniej 14 dni kalendarzowych od dnia złożenia Formularza): |  | | | | | | | | |
| 5. Opis prowadzonej działalności: |  | | | | | | | | |
| 6. Klasyfikacja PKD (kody): |  | | | | | | | | |
| 7. Status pracodawcy[[1]](#footnote-1): |  Mikro-przedsiębior-stwo | | |  Małe przedsiębior-stwo | |  Średnie przedsiębior-stwo |  Duże przedsiębior-stwo | |  Inne |
| 8. Liczba uczestników szkolenia: |  | | | | | | | | |
| 9. Dane uczestników szkolenia (imię, nazwisko oraz zajmowane stanowisko pracy – robocze / umysłowe / kierownicze / wykonawcze): | | 1. |  | | | | | | |
| 2. |  | | | | | | |
| 3. |  | | | | | | |
|  | | 4. |  | | | | | | |
|  | | 5. |  | | | | | | |
|  | | 6. |  | | | | | | |
|  | | 7. |  | | | | | | |
|  | | 8. |  | | | | | | |
|  | | 9. |  | | | | | | |
|  | | 10. |  | | | | | | |
|  | | 11. |  | | | | | | |
|  | | 12. |  | | | | | | |
|  | | 13. |  | | | | | | |
|  | | 14. |  | | | | | | |
|  | | 15. |  | | | | | | |
| 10.Czy uczestnicy szkolenia posiadają specjalne potrzeby, na przykład wynikające z niepełnosprawności? | | **Tak** | | | **Nie** | | | **Odmowa podania informacji** | |
|  | | |  | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jeżeli tak, to wskazać jakie.** | |
| **Przygotowanie dokumentów wy-drukowanych większą czcionką.** |  |
| **Wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej.** |  |
| **Inne, jakie?** |  |

………..……………. ……………………………………………

*(miejscowość i data) (czytelny podpis Przedstawiciela Odbiorcy)*

1. Sposób określania statusu przedsiębiorstwa znajduje się w załączniku nr 1 do Formularza rekrutacyjnego, stanowiącego załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji. [↑](#footnote-ref-1)