

FORMULARZ REKRUTACYJNY

„Praca bez barier.

Szkolenia doskonalące dla kadry zaangażowanej w proces rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych”
(ZZO/000232/06/D z dnia 13.03.2018 r.)

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL (11 cyfr)	
Jestem zatrudniony/zatrudniona w jednej z instytucji/podmiocie prywatnym realizującym zadania związane z rehabilitacją zawodową osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> instytucja rynku pracy (wojewódzki/powiatowy/grodzki urząd pracy, OHP, Agencja Zatrudnienia, instytucja szkoleniowa, instytucja dialogu społecznego i in.) <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej statutowo realizującej działania na rzecz osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> przedsiębiorstwie zatrudniającym osoby niepełnosprawne <input type="checkbox"/> przedsiębiorstwie planującym zatrudnienie osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> inne , jakie
Nazwa i adres miejsca zatrudnienia	
Zajmowane stanowisko	<input type="checkbox"/> doradca zawodowy <input type="checkbox"/> pośrednik pracy <input type="checkbox"/> pracownik działu HR: <input type="checkbox"/> manager/ kierownik/ koordynator zespołu pracowników <input type="checkbox"/> inne jakie

ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIU*

Doradztwo zawodowe i pośrednictwo pracy dla osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> Warszawa 27 – 28.09.2018	<input type="checkbox"/> Kraków 13 – 14.09.2018	<input type="checkbox"/> Katowice 28 – 29.08.2018	<input type="checkbox"/> Łódź 18 – 19.10.2018	<input type="checkbox"/> Wrocław 11 -12.10.2018
	<input type="checkbox"/> Warszawa 15 – 16.11.2018	<input type="checkbox"/> Kraków 03 – 04.10.2018	<input type="checkbox"/> Gliwice 04 – 05.09.2018	<input type="checkbox"/> Łódź 08 – 09.11.2018	<input type="checkbox"/> Wrocław 25 – 26.10.2018

DANE TELEADRESOWE

Kod pocztowy	
Miejscowość zamieszkania	
Ulica	
Numer domu/numer lokalu	
Powiat	
Gmina	
Województwo	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres poczty e-mail	

- Prosimy o podanie deklaracji udziału w szkoleniu w danym województwie i określeniu preferowanego miasta.

OŚWIADCZENIE
na potrzeby rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Praca bez barier.

Szkolenia doskonalące dla kadry zaangażowanej w proces rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych.”

(ZZO/000232/06/D z dnia 13.03.2018 r.)

informujemy, że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Sustinae z siedzibą przy ul. Szlak 65, 31-153 Kraków, wpisana do rejestru KRS pod nr 0000426103, NIP: 6762457416, REGON: 122610942
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie dla celów związanych z procesem rekrutacji i/lub udziałem Pani/Pana w wyżej wymienionym projekcie i w związku z tym będą przekazywane Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, podwykonawcom Administratora, przy pomocy których realizowany jest projekt (podmioty/osoby wykonujące usługi szkoleniowe, poradnictwa socjalistycznego).
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w ww. projekcie;
- Pani/Pana dane osobowe nie mogą być przekazane do państwa trzeciego.
- Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych osobowych, jednakże nie wcześniej niż po upływie 31.12.2024 roku. Po zakończeniu projektu dane będą przechowywane wyłącznie w celach archiwizacyjnych i sprawozdawczych/kontrolnych. Realizacja ww. uprawnień następuje poprzez przesłanie oświadczenia w formie pisemnej na adres Administratora.

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane osobowe są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych w zakresie: imię i nazwisko, nr PESEL, miejsce i adres zatrudnienia, zajmowane stanowisko, miejsce zamieszkania, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail; dla celów związanych z udzieleniem wsparcia prowadzonego przez Fundację Sustinae ramach projektu „Praca bez barier. Szkolenia doskonalące dla kadry zaangażowanej w proces rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w tym na przekazanie moich danych w niezbędnym zakresie podwykonawcom administratora realizującym usługi w ramach projektu (podmioty/osoby wykonujące usługi szkoleniowe, poradnictwa socjalistycznego).

Miejscowość, data

Podpis uczestnika

.....

.....

