

FORMULARZ REKRUTACYJNY

„Praca bez barier.

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

(ZZO/000214/06/D z dnia 17.10.2017 r.)

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL (11 cyfr)	
Jestem zatrudniony/zatrudniona w jednej z instytucji/podmiocie prywatnym realizującym zadania związane z rehabilitacją zawodową osób niepełnosprawnych (m.in. świadczących usługi rekrutacji, poradnictwa zawodowego, pośrednictwa pracy i in. osobom niepełnosprawnym),	<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 (11-13.12)	<input type="checkbox"/> Kraków (4-6.12)	<input type="checkbox"/> Katowice (20-22.11)	<input type="checkbox"/> Rzeszów (27-29.11)
Proces rekrutacji i selekcji pracowników niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> Warszawa (11-13.12)	<input type="checkbox"/> Kraków (04-06.12)	<input type="checkbox"/> Katowice (22-24.11)	<input type="checkbox"/> Rzeszów (27-29.11)
Zarządzanie zespołem z pracownikami z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Warszawa (27-29.11)	<input type="checkbox"/> Kraków (11-13.12)	<input type="checkbox"/> Katowice (18-20.12)	<input type="checkbox"/> Rzeszów (20-22.11)

DANE TELEADRESOWE

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

- Informujemy, że zaplanowane terminy szkoleń mogą ulec zmianie o czym będziemy informować na bieżąco

Serdecznie dziękujemy za zgłoszenie, po zakwalifikowaniu na szkolenie otrzymają Państwo w ciągu 3 dni roboczych na adres poczty e-mail regulamin uczestnictwa, deklarację uczestnictwa oraz umowę uczestnictwa w szkoleniu – akceptacja powyższych dokumentów pozwoli Państwu na bezpłatny udział w wybranym szkoleniu.