



KWESTIONARIUSZ UCZESTNIKA PROJEKTU

realizowanego w ramach projektu systemowego Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi „Wsparcie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych kadr pomocy i integracji społecznej” – Program Operacyjny Kapitał Ludzki

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA:

- prosimy wypełnić wszystkie pola kwestionariusza drukowanymi literami

KWESTIONARIUSZE NIEKOMPLETNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE

1. Dane uczestnika projektu					
Imię	JAN			Nazwisko	KOWALSKI
PESEL	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	Wiek
Telefon kontaktowy	000-000-000			Adres e-mail	jankowalski@op.pl
2. Adres stałego zameldowania					
Ulica	MOKRA			Nr domu	8
Miejscowość	ŁÓDŹ			Nr mieszkania	12
				Kod pocztowy	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> - <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/>
3. Wykształcenie					
<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input checked="" type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne (jakie?)					
4. Dane dotyczące miejsca pracy					
Instytucja	OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ				
Adres	ŁÓDŹ, UL. BIEDRONKOWA 55				
Tel / fax / e-mail	(42) 203-48-00		(42) 203-48-00		ops@lodz.pl
Zajmowane stanowisko:	PRACOWNIK SOCJALNY			Staż pracy w pomocy społ. (w latach)	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>
Zakres obowiązków	Prosimy opisać zakres obowiązków np.: - sporządzanie wywiadów środowiskowych, świadczenia rodzinne,				
Potwierdzenie ww. zakresu obowiązków przez przełożonego/pracownika ds. kadr	10.01.2010		ANNA NOWAK		
 Data i czytelny podpis				
Forma zatrudnienia	<input checked="" type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa o dzieło / zlecenia <input type="checkbox"/> inna (jaka?)				



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

5. Motywy przystąpienia do udziału w projekcie (można zaznaczyć więcej niż 1 opcję)		
<input type="checkbox"/> podniesienie kwalifikacji	<input type="checkbox"/> integracja ze środowiskiem zawodowym	
<input type="checkbox"/> poznanie nowych rozwiązań dot. pracy zawodowej	<input type="checkbox"/> nieodpłatność	
<input type="checkbox"/> nabycie praktycznych umiejętności	<input type="checkbox"/> inne, jakie?	
6. Źródła informacji o projekcie		
<input type="checkbox"/> RCPS w Łodzi - realizator projektu	<input type="checkbox"/> ogłoszenie prasowe	<input type="checkbox"/> plakat informacyjny
<input type="checkbox"/> strona internetowa	<input type="checkbox"/> telewizja	<input type="checkbox"/> przekaz słowny (np. od znajomych)
<input type="checkbox"/> ulotka informacyjna	<input type="checkbox"/> inne (jakie?)	

- Deklaruję uczestnictwo w projekcie realizowanym przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi pn „Wsparcie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych kadr pomocy i integracji społecznej” – Program Operacyjny Kapitał Ludzki.
- Oświadczam, że spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie.
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję postanowienia Regulaminu uczestnictwa w projekcie systemowym Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi „Wsparcie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych kadr pomocy i integracji społecznej” w ramach Poddziałania 7.1.3 POKL, zamieszczonego na stronie www.pokl-rcpslodz.pl.
- Zostałem poinformowany/a, mam świadomość, że złożenie Kwestionariusza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

ŁÓDŹ 10.01.2010

.....
Miejscowość i data

JAN KOWALSKI

.....
Czytelny podpis

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu „Wsparcie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych kadr pomocy i integracji społecznej” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki w Warszawie, ul. Wspólna 2/4;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi Projektu;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych do swoich danych i ich poprawiania.

ŁÓDŹ 10.01.2010

.....
Miejscowość i data

JAN KOWALSKI

.....
Czytelny podpis

