



Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Załącznik nr 1 do Regulaminu

INDYWIDUALNY FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE

realizowane w ramach projektu

„Zatrudnienie wspomagane w praktyce - szkolenia dla kandydatów na trenerów pracy
(edycja II)”

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko kandydata/ki: | |
| PESEL: | |
| Numer telefonu: | |
| Adres e-mail: | |
| Aktualne miejsce zatrudnienia: | |
| Wykształcenie: | |
| Doświadczenie zawodowe¹: | <p>1. Doświadczenie w kontakcie z osobami z różnymi niepełnosprawnościami, jako:</p> <p><input type="checkbox"/> członek rodziny</p> <p><input type="checkbox"/> opiekun</p> <p><input type="checkbox"/> wolontariusz</p> <p><input type="checkbox"/> kadra zatrudniona w placówce wspierającej osoby z niepełnosprawnością na stanowisku:</p> <p>2. Doświadczenie pracy na stanowisku trenera pracy:</p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p>Okres zatrudnienia/wolontariatu:</p> <p>Miejsce zatrudnienia/wolontariatu:.....</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> |

¹ Należy wybrać wszystkie pasujące odpowiedzi

Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

| | |
|---|--|
| Kursy, szkolenia²: | <input type="checkbox"/> doradztwo zawodowe <input type="checkbox"/> sprzedażowe <input type="checkbox"/> interpersonalne <input type="checkbox"/> rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> języka migowego czy innych metod komunikacji AAC <input type="checkbox"/> szkolenie w zakresie realizacji usługi trenera pracy według europejskiego standardu zatrudnienia wspomaganego <input type="checkbox"/> inne, jakie?..... |
| Obsługa komputera i innych narzędzi multimedialnych | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Czy na terenie Pana/Pani miejsca zamieszkania realizowane są programy wspierające osoby z niepełnosprawnością w wejściu na rynek pracy? Jakże są to programy? Przez jaką instytucję/ organizację realizowane? | |

Zgłaszam swój udział w szkoleniu w następującym miejscu i grupie³:

| | | | |
|--------------------------|-----------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Głogów | Grupa I – Terminy: I zjazd: 25-27.04.2019; II zjazd: 09-11.05.2019; III zjazd: 31.05-02.06.2019 | Chcę skorzystać z noclegów podczas szkoleń ⁴ : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> | Warszawa | Grupa II – Terminy: I zjazd: 07-09.06.2019; II zjazd: 13-15.06.2019; III zjazd: 26-28.06.2019 | |
| <input type="checkbox"/> | Białystok | Grupa III – Terminy: I zjazd: 14-16.06.2019; II zjazd: 27-29.06.2019; III zjazd: 10-12.07.2019 | |
| <input type="checkbox"/> | Poznań | Grupa IV – Terminy: I zjazd: 11-13.09.2019; II zjazd: 20-22.09.2019; III zjazd: 26-28.09.2019 | |
| <input type="checkbox"/> | Kraków | Grupa V – Terminy: I zjazd: 11-13.09.2019; II zjazd: 18-20.09.2019; III zjazd: 26-28.09.2019 | |
| <input type="checkbox"/> | Warszawa | Grupa VI – Terminy: I zjazd: 18-20.10.2019; II zjazd: 24-26.10.2019; III zjazd: 06-08.11.2019 | |
| <input type="checkbox"/> | Białystok | Grupa VII – Terminy: I zjazd: 15-17.11.2019; II zjazd: 28-30.11.2019; III zjazd: 11-13.12.2019 | |

² Należy zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi

³ Należy wybrać **tylko jedną grupę**.

⁴ Nie dotyczy grupy IV (Poznań) – brak noclegów. Liczba miejsc na nocleg w pozostałych grupach może zostać ograniczona przez Organizatorów.



Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

O wynikach rekrutacji proszę mnie powiadomić za pośrednictwem:

a) Telefonu. Numer:.....

b) Poczty e-mail. Adres:

Oświadczam, że jestem/będę⁵ zaangażowany/a w pracę w projektach aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w zakresie realizacji usługi zatrudnienia wspomaganego na terenie zamieszkania.

.....
(miejsowość, dnia)

.....
(podpis kandydata/ki)

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zapoznałem/am się z zapisami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego treść⁶.
3. Deklaruję gotowość do uczestnictwa w pełnym cyklu szkoleniowym (łącznie 72 godziny).
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury rekrutacji – zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej RODO.

.....
(miejsowość, dnia)

.....
(podpis kandydata/ki)

⁵ Niewłaściwe skreślić.

⁶ Aktualna wersja Regulaminu dostępna jest na stronie internetowej Organizatorów: www.myclainnych.pl; www.pfzw.pl



Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Informujemy, że administratorem Pana/Pani danych osobowych będzie Stowarzyszenie „MY DLA INNYCH” i Polska Federacja Zatrudnienia Wspomagane.
2. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji do projektu „Zatrudnienie wspomagane w praktyce - szkolenia dla kandydatów na trenerów pracy (edycja II)”.
3. Dane będą przetwarzane do czasu zakończenia rekrutacji do projektu „Zatrudnienie wspomagane w praktyce - szkolenia dla kandydatów na trenerów pracy (edycja II)”.
4. Dane nie będą udostępniane innym podmiotom.
5. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, oraz prawo wniesienia sprzeciwu.
6. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie podanych danych osobowych narusza przepisy RODO.
7. Podanie danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie wiąże się z niemożliwością uczestnictwa w projekcie.