



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY W PROJEKCIE „Nowe kwalifikacje szansą na lepszą pracę”

realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

OŚ PRIORYTETOWA I RYNEK PRACY OTWARTY DLA WSZYSTKICH

DZIAŁANIE 1.2 WSPARCIE OSÓB MŁODYCH NA REGIONALNYM RYNKU PRACY - PROJEKTY KONKURSOWE

PODDZIAŁANIE 1.2.1 WSPARCIE UDZIELANE Z EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

DANE OBOWIĄZKOWE												
IMIĘ (IMIONA)												
NAZWISKO						NAZWISKO RODOWE						
IMIĘ MATKI						IMIĘ OJCA						
DATA URODZENIA	Dzień					Miesiąc				Rok		
MIEJSCE URODZENIA												
OBYWATELSTWO												
PESEL												
NIP				-				-			-	
ADRES ZAMELDOWANIA												
Miejscowość						Ulica						
Nr budynku						Nr lokalu						
Kod pocztowy						Poczta						
Gmina						Powiat						
Województwo						Telefon						
ADRES ZAMIESZKANIA												
Miejscowość						Ulica						
Nr budynku						Nr lokalu						
Kod pocztowy						Poczta						
Gmina						Powiat						
Województwo												
ADRES DO KORESPONDENCJI												
Miejscowość						Ulica						
Nr budynku						Nr lokalu						
Kod pocztowy						Poczta						
Gmina						Powiat						
Województwo												
OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI DANYCH												
Oświadczam, że dane zawarte powyżej są zgodne z dowodem osobistym albo innym dowodem tożsamości (jakim?)												
Seria i nr dokumentu										Data (dd-mm-rrrr)		
Organ wydający												
Miejsce wydania												
Data i podpis osoby składającej oświadczenie – stażysty:.....												
Jednocześnie zobowiązuję się do każdorazowego powiadomienia Realizatora Stażu o zmianie wykazanych danych osobowych.												



URZĄD SKARBOWY																																							
Nazwa																																							
Adres																																							
Oddział NFZ	<input type="checkbox"/> 09 -Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie <input type="checkbox"/> inny (podać nazwę)																																						
PRAWO DO RENTY (zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „X”)	Mam ustalone prawo do renty TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jeżeli TAK – należy wpisać rodzaj renty:																																						
POSIADANE ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI Proszę załączyć ksero orzeczenia lekarskiego. (zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „X”)	1. Nie posiadam orzeczenia o stopniu Niepełnosprawności <input type="checkbox"/> 2. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stopniu: ▪ lekkim <input type="checkbox"/> ▪ umiarkowanym <input type="checkbox"/> ▪ znacznym <input type="checkbox"/>																																						
OŚWIADCZENIE O NUMERZE RACHUNKU BANKOWEGO																																							
Proszę o przekazywanie stypendium szkoleniowego, stażowego, zwrot kosztów dojazdu na poradnictwo zawodowe, pośrednictwo pracy, szkolenia, staż oraz zwrot kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną w czasie odbywania stażu na niżej podany rachunek bankowy:																																							
Nazwa i adres Banku:.....																																							
.....																																							
.....																																							
.....																																							
Pełny Nr rachunku (26 cyfr wpisywanych bez spacji):																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																							
Jednocześnie zobowiązuję się do każdorazowego powiadomienia Realizatora Stażu o zmianie rachunku bankowego.																																							
OŚWIADCZENIE O ZNAJOMOŚCI REGULAMINU PRYZNAWANIA I WYPŁACANIA STYPENDIÓW SZKOLENIOWYCH I STAŻOWYCH																																							
Oświadczam, że przeczytałem/-łam i zapoznałem/-łam się z REGULAMINEM PRYZNAWANIA I WYPŁACANIA STYPENDIÓW SZKOLENIOWYCH I STAŻOWYCH , rozumiem, akceptuję jego zapisy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.																																							

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych osobowych oświadczam, że dane podane w kwestionariuszu są prawdziwe. Zobowiązuję się także do każdorazowego powiadomienia Beneficjenta o zmianie podanych danych osobowych oraz numeru rachunku bankowego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Consulting-Med Jacek Chmiel z siedzibą przy ul. Warszawskiej 18A/6, 35-205 Rzeszów oraz Instytut Doskonalenia Kadr i Administracji Rafała Kata z siedzibą przy ul. J. Malczewskiego 7/82, 35-114 Rzeszów** oraz podmioty świadczące usługi na rzecz **Consulting-Med Jacek Chmiel oraz Instytutu Doskonalenia Kadr i Administracji Rafała Kata**, a także posiadam zgodę na przetwarzanie danych osób, których dotyczy niniejszy formularz do celów niezbędnych w realizacji projektu „**Nowe kwalifikacje szansą na lepszą pracę**” zgodnie z zapisami Rozporządzenia 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.Urz.UE.L.119.1), inaczej „**RODO**”.

.....
Data i podpis osoby składającej kwestionariusz- Stażysta