

.....  
( miejscowość i data)

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

**„Zarządzanie efektywnością personelu w firmie uwzględniające różnorodność wiekową”.**

Numer projektu: WND-POKL.08.01.01-02-446/12

realizowanego w ramach Priorytetu VIII. Regionalne kadry gospodarki,  
Działanie 8.1. Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie,  
Poddziałanie 8.1.1 Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw.

### Dane przedsiębiorstwa

<b>Pełna nazwa przedsiębiorstwa, w którym uczestnik jest zatrudniony:</b>	
---	--

### Dane uczestnika

<b>Imię</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> <b>kobieta *</b> *Projekt skierowany wyłącznie do kobiet z woj. dolnośląskiego, w przypadku mężczyzn nie ma możliwości udziału w projekcie
<b>Pesel</b>	_____
<b>Wiek w chwili przystępowania do projektu</b>	
<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Brak</b> – brak formalnego wykształcenia; <input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> - wykształcenie na poziomie szkoły Podstawowej; <input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> – wykształcenie na poziomie szkoły Gimnazjalnej; <input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> – wykształcenie na poziomie szkoły średniej, tj. wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe; <input type="checkbox"/> <b>Pomaturalne</b> – wykształcenie na poziomie powyżej szkoły średniej, które nie jest jednocześnie wykształceniem wyższym; <input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> – pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym

Biuro projektu: ul. Kołłątaja 7/10, 50-002 Wrocław, tel. 71 793 25 35, [www.betterfield.pl](http://www.betterfield.pl)



<p><b>Posiadanie</b> orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującym prawodawstwem (ustawa o rehabilitacji oraz rozporządzenie ministra gospodarki, pracy i polityki społecznej z 15 lipca 2003 w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (DzU nr 139, poz. 1328 ze zm.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p><b>Opieka na dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną:</b> (Rozumiane jako fakt posiadania przez uczestnika projektu pod opieką dziecka do lat 7 lub osoby zależnej zgodnie z definicją zawartą w Ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Dz.U. z dnia 1 maja 2004)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p><b>Dane kontaktowe</b></p>	<p>Ulica .....</p> <p>Nr domu .....</p> <p>Nr lokalu .....</p> <p>Miejscowość .....</p> <p>Kod pocztowy .....</p> <p>Obszar (miejski/wiejski) .....</p> <p>Województwo .....</p> <p>Powiat .....</p> <p>Telefon stacjonarny .....</p> <p>Telefon komórkowy .....</p> <p>Mail .....</p>
<p><b>Status uczestnika szkolenia w przedsiębiorstwie, o którym mowa w pkt. 1 formularza</b></p>	<p><input type="checkbox"/> pracownik pełniący funkcję związaną z zarządzaniem HR w rozumieniu art.2ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.- Kodeks pracy (Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn.zm.)</p> <p><input type="checkbox"/> wspólnik w tym partner prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe</p> <p><input type="checkbox"/> właściciel</p> <p><input type="checkbox"/> właściciel prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą</p>
<p><b>Miejsce wykonywania pracy na rzecz przedsiębiorstwa, o którym mowa w pkt. 1 formularza, określone w umowie z uczestnikiem szkolenia:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> województwo dolnośląskie</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>
<p><b>Źródło pozyskania informacji o projekcie</b></p>	<p><input type="checkbox"/> mailing</p> <p><input type="checkbox"/> strona www</p> <p><input type="checkbox"/> telemarketing</p> <p><input type="checkbox"/> spotkanie z rekruterem/ką</p>



**Dane dodatkowe**

<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	
<b>Rodzaj przyznanego wsparcia</b>	
<b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie</b>	
<b>Data zakończenia udziału w projekcie</b>	
<b>Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla nie ścieżką uczestnictwa</b>	
<b>Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013 /zatwierdzonym do realizacji Planem Działania/ zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu</b>	
<b>Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej</b>	
<b>Fakt bycia migrantem</b>	
<b>Fakt bycia osobą niepełnosprawną</b>	

.....  
czytelny podpis uczestnika projektu



.....  
(miejsowość i data)

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu **„Zarządzanie efektywnością personelu w firmie uwzględniające różnorodność wiekową”**.

**Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**

1. administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa
2. podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu **„Zarządzanie efektywnością personelu w firmie uwzględniające różnorodność wiekową”** ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL);
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej – Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy Fili we Wrocławiu Al. Armii Krajowej 54, 50-541 Wrocław (nazwa i adres właściwej IP/IP2) beneficjentowi realizującemu projekt – Librent HR Sylwia Szczepańska ul. Wierzbowa 13, 62-090 Kiekrz (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu  
- Betterfield s.c. Sylwia Szczepańska Magdalena Helman Barylska ul. Paderewskiego 11/13, 61-740 Poznań (nazwa i adres ww. podmiotów).  
Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL lub Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach POKL;
5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

**Ponadto oświadczam, że:**

- zostałam/łem poinformowana/y, że Projekt **Zarządzanie efektywnością personelu w firmie uwzględniające różnorodność wiekową** - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VIII. Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących, Działanie 8.1 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Poddziałanie 8.1.1 Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw, jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- zostałam/łem poinformowana/y o możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym, którego celem jest udoskonalenia oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.

**Zobowiązuję się do:**

- udziału w cyklu 7 dniowych szkoleń organizowanych w ramach Projektu w wymiarze co najmniej 80% czasu szkoleniowego,
- podpisania listy obecności na każdym szkoleniu,
- odebrania zaświadczenia o ukończeniu 7 dniowego cyklu szkoleniowego
- poinformowaniu Biura Projektu o nieobecności lub rezygnacji z udziału w każdym ze szkoleń najpóźniej na trzy dni robocze przed planowanym terminem każdego ze szkoleń.

Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadoma/y odpowiedzialności wynikającej ze składania oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
podpis uczestnika