



Druk nr 7 - wypełnia Pracownik

Formularz zgłoszenia pracownika do udziału w projekcie:
„Akademia dla mikro, małych i średnich przedsiębiorstw”

Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet VIII, Działanie 8.1.1

Proszę wybrać jeden rodzaj szkolenia
<input type="checkbox"/> ABC prawa pracy
<input type="checkbox"/> Elastyczne formy pracy – jako alternatywa dla przedsiębiorców
<input type="checkbox"/> Coaching – niezbędne narzędzie szefa w XXI wieku
<input type="checkbox"/> Tworzenie i wdrażanie strategii rozwoju przedsiębiorstwa
<input type="checkbox"/> Marketing. Nowoczesny marketing internetowy w biznesie
<input type="checkbox"/> Profesjonalna obsługa klienta w małej i średniej firmie

Data szkolenia	
Miejsce szkolenia	

Dane osobowe uczestnika			
Nazwisko		Imię (imiona)	
Data urodzenia		Wiek	
Miejsce urodzenia		Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL		NIP	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe	Pochodzenie	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
		Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Opieka nad dzieckiem do 7lat/osobą zależną	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Adres zamieszkania i dane kontaktowe uczestnika			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Województwo		Ulica	
Nr budynku		Nr lokalu	
Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski	Tel. domowy	
Tel. komórkowy		Adres e-mail	
Dane dotyczące zatrudnienia			
Nazwa i adres pracodawcy			
Rodzaj przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo (do 9 pracowników) <input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo (od 10 do 49 pracowników) <input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo (od 50 do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> inne,	Forma zatrudnienia	<input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> właściciel <input type="checkbox"/> inna,
		Zawód wykonywany (stanowisko)	
Data		Czytelny podpis uczestnika	

„Akademia dla mikro, małych i średnich przedsiębiorstw”
DORADCA Ewa Prus