ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

**w *szkoleniu pn. „Od pomysłu do projektu (ABC projektu) z wykorzystaniem systemu SOWA”*** adresowanym do **potencjalnych projektodawców deklarujących chęć realizacji projektów** z komponentu regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

**Miejsce szkolenia:**

**Centrum Edukacji Nauczycieli w Koszalinie, Ruszczyca 16,**

**Koszalin,** dnia 06.11.2017 r., w godz. 09.00 - 16.00

## Potwierdzam swoje uczestnictwo

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Instytucja |  | Telefon |
|  |  |  |
| Adres do korespondencji |  | E-mail |
|  |
|

|  |
| --- |
| **W skali od 1 do 5, jak ocenia Pan(i) swój poziom wiedzy w zakresie tematu szkolenia?** gdzie: 1- słabo, 5- bardzo dobrze **1 2 3 4 5** |

|  |
| --- |
| **Czy jest Pan/Pani osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?****Tak Nie**  |
|  |
| **Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w szkoleniu? Nie Tak** (Proszę wpisać w odpowiednim miejscu jakie):* **Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:**

………………………………………………………………………………………………………………………. * **Alternatywne formy materiałów:**

……………………………………………………………………………………………………………………….* **Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:**

………………………………………………………………………………………………………………………..* **Zapewnienie tłumacza języka migowego:**

……………………………………………………………………………………………………………………….* **Specjalne wyżywienie:**

……………………………………………………………………………………………………………………….* **Inne:**

……………………………………………………………………………………………………………………… . |

* *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (*Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.)*.*
* *Wypełnienie niniejszego formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na robienie zdjęć podczas szkolenia, a także zgody na ich publikację i rozpowszechnianie w celach informacyjno – promocyjnych”.*
* *„Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji szkolenia oraz rozliczenia, kontroli środków i ewaluacji, z których sfinansowano szkolenie.*
* *Wyrażam zgodę na otrzymywanie, na moje konto poczty elektronicznej informacji nt. działań info****r****macyjnych i promocyjnych dot. Funduszy Europejskich wysyłanych przez Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie w imieniu własnym oraz na zlecenie innych podmiotów/osób.*
* *Administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie, mający siedzibę przy ul. A. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin.*
* *Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.*

*Wysyłając formularz zgłoszenia kandydat zobowiązuje się do pełnego uczestnictwa w szkoleniu w pełnym wymiarze godzin.*

|  |
| --- |
| Podpis |

*Prosimy o wypełnienie zgłoszenia* ***DRUKOWANYMI LITERAMI*** *i przesłanie zeskanowanego zgłoszenia
do dnia* ***30 października 2017 r.*** ***do godz. 14.00,*** *na adres e-mail:* ***rafal\_rosinski@wup.pl.*** Przesłanie wypełnionego formularza nie jest jednoznaczne z przyjęciem zgłoszenia, decyduje kolejność zgłoszeń. Liczba miejsc ograniczona.

*W przypadku pytań dotyczących szkolenia prosimy kontaktować się z p. Rafałem Rosińskim pod numerem telefonu* ***(91) 42 56 204****.*