



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

UDZIAŁU W PROJEKCIE „AKADEMIA STRAŻAKA”

współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego

Osoby zainteresowane udziałem w projekcie prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego Formularza zgłoszeniowego literami **DRUKOWANYMI**,

1. **IMIĘ /IMIONA/**

2. **NAZWISKO**

3. **PŁEĆ**

(wstawić znak „X”)

☐

KOBIETA

☐

MĘŻCZYZNA

4. **WIEK W CHWILI
PRZYSTĘPOWANIA DO
PROJEKTU**

5. **NUMER EWIDENCYJNY PESEL**

6. **WYKSZTAŁCENIE**

(wstawić znak „X”)

☐

Brak

☐

Podstawowe –

(osoba która ukończyła
kształcenie na poziomie
szkoły podstawowej)

☐

Gimnazjalne –

(osoba która ukończyła
kształcenie na poziomie szkoły
gimnazjalnej)

☐

Ponadgimnazjalne –

(osoba która ukończyła
kształcenie na poziomie
szkoły średniej lub
zasadniczej zawodowej)

☐

Pomaturalne

(osoba, która ukończyła
kształcenie na poziomie szkoły
wyższej niż średnia ale nie jest to
wykształcenie wyższe)

☐

Wyższe

(osoba, która posiada pełne i
ukończone wykształcenie na
poziomie wyższym)

7. **DATA URODZENIA**

8. **MIEJSCE URODZENIA**

9. **OPIEKA NAD DZIEĆMI DO LAT
7 LUB/I OSOBĄ ZALEŻNĄ**

☐

TAK

☐

NIE

10. **ORZECZENIE O STOPNIU
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**
(wstawić znak „X”)

☐

TAK

☐

NIE



**11. STATUS NA RYNKU PRACY W
CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO
PROJEKTU**
(wstawić znak „X”)

☐ **Bezrobotny**

Zgodnie z definicją ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. Nr 99, poz. 1001 ze zm.)

☐ **w tym długotrwale bezrobotny**

(osoba pozostająca w rejestrze powiatowego/miejskiego urzędu pracy przez okres ponad 12 m-cy w okresie ostatnich 2 lat)

☐ **Nieaktywny zawodowo**

(osoba pozostająca bez zatrudnienia, która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni)

☐ **Zatrudniony, w tym:**

☐ **Samozatrudniony**

☐ **Rolnik**

(w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników Dz. U. Nr 7, poz. 24, ze zm.)

☐ **Domownik**

(w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników Dz. U. Nr 7, poz. 24, ze zm.)

☐ **Mikroprzedsiębiorstwo**

Przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i jego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro

☐ **Przedsiębiorstwo małe**

Przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i jego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro

☐ **Przedsiębiorstwo średnie**

Przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro

☐ **Przedsiębiorstwo duże**

Przedsiębiorstwo, które zatrudnia powyżej 249 pracowników



☐ **administracja publiczna:**

- osoby zatrudnione w administracji
rządowej i samorządowej oraz w
ich jednostkach organizacyjnych

☐ **organizacja**

pozarządowa

osoby zatrudnione w
organizacji pozarządowej w
rozumieniu ustawy z dnia
24 kwietnia 2003 r. o
działalności pożytku
publicznego i wolontariacie
(Dz.U.2003, Nr 96, poz.873
ze zm.) z uwzględnieniem
wolontariuszy działających
na rzecz tych instytucji na
podstawie podpisanej
umowy

☐ **Inne (jakie?):**

**12. DANE I ADRES
PRACODAWCY:**

**13. CZŁONKOSTWO W
OCHOTNICZEJ STRAŻY
POŻARNEJ Z TERENU WOJ.
MAZOWIECKIEGO**

☐ **TAK**

☐ **NIE**

Miejscowość:

**14. CZY W/W JEDNOSTKA OSP
JEST JEDNOSTKĄ
WSPÓŁPRACUJĄCĄ Z
KRAJOWYM SYSTEMEM
RATOWNICZO-GAŚNICZYM ?
(wstawić znak „X”)**

☐ **TAK**

☐ **NIE**

**15. W OSP BIORĘ CZYNNY
UDZIAŁ W DZIAŁANIACH
RATOWNICZO-GAŚNICZYCH
(wstawić znak „X”)**

☐ **TAK**

☐ **NIE**

16. ADRES ZAMIESZKANIA

MIEJSCOWOŚĆ

KOD POCZTOWY



ULICA

	Numer domu	Numer lokalu
17. OBSZAR (wstawić znak „X”)	<input type="checkbox"/> MIEJSKI	<input type="checkbox"/> WIEJSKI
18. WOJEWÓDZTWO		
19. POWIAT		

DANE KONTAKTOWE

20. NUMER TELEFONU STACJONARNEGO	
21. NUMER TELEFONU KOMÓRKOWEGO	
22. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ /E-MAIL/	

DANE DOTYCZĄCE SZKOLENIA

WYBIERAM NASTĘPUJĄCĄ TEMATYKĘ SZKOLENIA (wstawić znak „X”)	<input type="checkbox"/> KURS RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	<input type="checkbox"/> SZKOLENIE Z KIEROWANIA RUCHEM DROGOWYM
DECYDUJĘ SIĘ NA NASTĘPUJĄCY TERMIN/TERMINY ZJAZDU/ZJAZDÓW (zgodnie z Harmonogramem stanowiącym załącznik do Regulaminu projektu)	<p>.....</p>	



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓŁNOŚCI



Wojewódzki Ośrodek
Ruchu Drogowego
w Warszawie



WOJEWÓDZKI URZĄD PRACY
w WARSZAWIE

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



"Akademia Strażaka" – Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Oświadczam, że uzupełnione przeze mnie dane są prawdziwe i zostałam/-em pouczona/-ny i znana jest mi odpowiedzialność za składanie fałszywych zeznań, przewidziana w art. 233 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 Kodeks karny (Dz. U. nr 88 z 1997r., poz. 553 ze zm.), zgodnie z którym za złożenie fałszywych zeznań, w tym oświadczeń, grozi kara pozbawienia wolności do lat 3.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis