

KWESTIONARIUSZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A KWADRACIKI (□) ZAZNACZAĆ „X”

KWESTIONARIUSZ UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię i nazwisko PESEL

Płeć Wiek

Adres zamieszkania

ulica nr domu nr lokalu kod

poczt miejscowość

województwo

wielkość i rodzaj miejsca zamieszkania: obszar wiejski ☐ obszar miejski ☐ inne

Telefon komórkowy (kontaktowy)..... e-mail

Posiadane wykształcenie

zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe ☐

Zawód wykonywany obecnie

.....

Miejsce zatrudnienia (dane przedsiębiorstwa biorącego udział w projekcie)

nazwa przedsiębiorstwa

.....

adres

data zatrudnienia w przedsiębiorstwie staż pracy w przedsiębiorstwie lat miesięcy

OŚWIADCZENIE

- oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż projekt WAMP Wsparcie Adaptacyjności Małych Przedsiębiorstw jest realizowany przy udziale środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL
- oświadczam, że dane przedstawione w Formularzu Zgłoszenia odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

Ja, niżej podpisana(y) wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych do Podsystemu Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego – PEFS EQUAL (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.). Dane te wprowadzane są do systemu PEFS EQUAL, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach PIW EQUAL. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o celu zbierania tych informacji, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania. Ponadto wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które odbędzie się 6 m-cy po zakończeniu mojego udziału w projekcie.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis