***FORMULARZ ZGŁOSZNIOWY NA WARSZTATY WDRAŻANIE MENTROINGU W ORGANIZACJACH***

***W DNIU 17.07.2018r.***

*Miejsce****:*** Szkoła Coachingu Lilianna Kupaj;ul. Ks. J. Popiełuszki 32; 33-113 Zbylitowska Góra (TARNÓW)

NAZWA PRZEDSIĘBIORSTWA

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ADRES TELEFON

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Zgłaszam udział w spotkaniu pracownika**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Adres e-mail | Grupa docelowa  (proszę zakreślić właściwe) |
| 1 |  |  | [ ]- pracownik działu HR  [ ] – właściciel/właścicielka firmy  [ ]- mentor  [ ]- pracownik /współpracownik |

**Określenie potrzeb wynikających z niepełnosprawności.**

Jeśli jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną i w związku z tym potrzebne jest zapewnienie przez nas indywidualnych udogodnień- prosimy o wpisanie ich poniżej. Możemy zapewnić np. tłumacza języka migowego, asystenta osoby niepełnosprawnej, materiały drukowane alfabetem Braille'a i inne.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**na zgłoszenia czekamy do 16 lipca br. do godz. 12:00.** pod adresem: [biuro@dzp.org.pl](mailto:mtt@aridotacje.pl)

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską   
w ramach POWER 2014-2020

2. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu Mentor-Tutor-Trener- kompleksowy program kształcenia osób dorosłych, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Centrum Projektów Europejskich ul. Domaniewska 39A; 02-672 Warszawa oraz beneficjentowi realizującemu projekt - Agencja Rozwoju Innowacji SA, ul. Sokolnicza 5/46, Wrocław

3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER).

………………………………………………………

podpis uczestnika warsztatu

………………………………………………………

podpis osoby upoważnionej