



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WŁAŚCICIELA/PRACOWNIKA

FORMULARZ PROSIMY UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”

Nazwa Przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> Właściciel	<input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo	
Imię i nazwisko			
PESEL		Telefon stacjonarny	
E-mail		Telefon komórkowy	
Adres zamieszkania	Ulica		
	Numer domu		
	Numer lokalu		
	Kod pocztowy		
	Miejscowość		
	Gmina		
	Powiat		
	Województwo		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym)		
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
WYBRANY OBSZAR TEMATYCZNY USŁUG ROZWOJOWYCH (zgodnie z Rekomendacjami Rady ds. Kompetencji w sektorze turystycznym)			
Oświadczam, że jestem zatrudniony u pracodawcy ¹ , na stanowisku			

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis właściciela/pracownika

¹ Dotyczy pracownika