



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**CENTRUM BEZPIECZEŃSTWA  
RUCHU DROGOWEGO**



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



#### **Wypełnia Centrum BRD**

Pozycja w bazie danych	
Nr szkolenia	
Data szkolenia	
Miejsce szkolenia	

### **FORMULARZ APLIKACYJNY – UMOWA**

do udziału w szkoleniu w ramach projektu

#### **Szkolenia "Pierwsza pomoc – to łatwe" dla służb mundurowych - II edycja**

realizowanego przez Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego w Łodzi

Formularz ten zawiera dane niezbędne w procesie rekrutacji, ankietę PEFS (Podsystem Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego 2007 dla POKL) oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych. Zgodnie z założeniami EFS (Europejskiego Funduszu Społecznego) osoba, która nie wyrazi zgody na przetwarzanie danych osobowych nie może korzystać ze wsparcia.

**Wyrażanie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne, natomiast jest warunkiem obligatoryjnym do udziału w szkoleniu.**

Szkolenie „Pierwsza pomoc – to łatwe” dla służb mundurowych - II edycja - przeznaczone jest dla pracowników służb mundurowych z województwa łódzkiego. Uczestnik szkolenia musi odbyć szkolenie poza godzinami pracy. Priorytetowo będą traktowane osoby z grupy 50+ oraz osoby mające bezpośredni lub zwiększony kontakt z wypadkami i prewencją. **Udział w szkoleniu jest bezpłatny.**

Wypełnienie niniejszego formularza aplikacyjnego - umowy stanowi akces osoby wypełniającej do udziału w projekcie na przedstawionych zasadach. Niniejszy formularz zostanie zweryfikowany pod względem poprawności i kwalifikowalności. Osobom zakwalifikowanym do udziału w szkoleniach zostanie zaproponowany konkretny termin szkoleń. Informacje na ten temat będą przekazywane poprzez jednostki macierzyste, w których są zatrudnione poszczególne osoby bądź osobiście. Każda osoba wypełniająca niniejszy formularz może także uzyskać informacje o swoim statusie w procesie rekrutacji w biurze projektu



**FORMULARZ APLIKACYJNY – UMOWA** do udziału w szkoleniu w ramach projektu  
**Szkolenia "Pierwsza pomoc – to łatwe" dla służb mundurowych - II edycja**  
realizowanego przez Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego w Łodzi

**Dane osoby zgłaszającej uczestnictwo w projekcie**

Imię i nazwisko  
uczestnika: \*

\_\_\_\_\_

Data urodzenia: \*

Wiek: \_\_\_\_\_ lat

Stopień: \_\_\_\_\_

PESEL: \* 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zam.: \*

\_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \*

\_\_\_\_\_

Miejscowość: \*

\_\_\_\_\_

Powiat: \*

\_\_\_\_\_

Adres e-mail.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miejsce pracy: \*

\_\_\_\_\_

Stanowisko: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon stacj.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel kom.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dane dodatkowe niezbędne w realizacji projektu**

Proszę o zaznaczenie odpowiedzi na poniższe pytania:

**1. Wykształcenie\***

podstawowe

gimnazjalne

ponadgimnazjalne

pomaturalne

wyższe

**2. Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną: \***

TAK

NIE

**3. W swojej pracy zawodowej ma Pan / Pani bezpośredni lub zwiększony kontakt z: \***

Wypadkami drogowymi

Požarami

Interwencjami (prewencja)

Działania specjalne

Inne (jakie)

**4. Czy uczestniczył Pan / Pani w podobnych szkoleniach?\***

Tak

Nie

Jeśli tak to proszę podać rok \_\_\_\_\_

Szkolenie „Pierwsza pomoc – to łatwe” dla służb mundurowych II edycja przeznaczone jest dla pracowników służb mundurowych z województwa łódzkiego. Uczestnik szkolenia musi odbyć szkolenie poza godzinami pracy. Priorytetowo będą traktowane osoby z grupy 50+ oraz osoby mające bezpośredni lub zwiększony kontakt z wypadkami i prewencją. Udział w szkoleniu jest bezpłatny.

Zapoznałem się i akceptuję powyższe warunki.

Miejscowość i data: \_\_\_\_\_

Podpis: \*

--

\* - pola obowiązkowe - **PROSIMY O WYPISYWANIE DRUKOWANYMI LITERAMI**

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do projektu *Szkolenia „Pierwsza pomoc – to łatwe” dla służb mundurowych - II edycja* realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Ministerstwo Rozwoju Regionalnego ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi Projektu;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Miejscowość  
i data: \_\_\_\_\_

Czytelny  
Podpis\* 

**Biuro Projektu: Centrum BRD**, ul. Pomorska 41, 90-203 Łódź  
Tel.(42) 67 89 100, Fax. (42) 636 03 76, e-mail: [szkolenia@pierwszapomoc.net](mailto:szkolenia@pierwszapomoc.net)  
Szczegóły na stronie: [www.pierwszapomoc.net](http://www.pierwszapomoc.net)

## FORMULARZ KWALIFIKACYJNY – WYPEŁNIA Centrum BRD

### Kwalifikacja poprawności ankiety

Zatwierdzona

Odrzucona

Powód odrzucenia .....

Podpis osoby weryfikującej

### Kwalifikacja na szkolenie

Proponowana data szkolenia

Zmiana daty i powód

Nowa Data

### Kwalifikacja na szkolenie

Wpisana/y do bazy pod nr		Podpis osoby wykonującej
Wpisana/y do bazy PEFS		Podpis osoby wykonującej
Odbył/a szkolenie w dniu		Podpis osoby potwierdzającej
Nr Certyfikatu		Podpis osoby wykonującej
Sprawdzono kompletność dokumentacji	Data	Podpis osoby wykonującej
Uwagi		