

**Formularz zgłoszeniowy
NOWE HORYZONTY”
Zadanie 8
PODNOSENIE KOMPETENCJI KADRY KIEROWNICZEJ**



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Akademia Morska w Szczecinie
ul. Wały Chrobrego 1-2
70-500 Szczecin
tel.: 91-48-09-436, email: nowe.horyzonty@am.szczecin.pl

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
oraz z budżetu państwa.
POWR.03.05.00-00-Z013/17-00

1		
Dane osoby zgłaszającej się – pracownik AM w Szczecinie		
Imię/imiona		
Nazwisko		
Pesel		
Płeć*	Kobieta	Mężczyzna
Data urodzenia		
Województwo		
Powiat zamieszkania		
Gmina		
Miejscowość		
Ulica		
Nr budynku		
Nr lokalu		
Kod pocztowy		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	
Telefon kontaktowy		
E-mail		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w: <input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> administracji pozarządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne	
wykonywany zawód: –	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	
zatrudniony w	– <input type="checkbox"/> Akademia Morska w Szczecinie	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*		
Tak	Nie	Odmawiam odpowiedzi
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*		
TAK	NIE	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej*		
Tak	Nie	Odmawiam odpowiedzi
Czy posiada Pani / Pan orzeczenie o niepełnosprawności?*		
Tak	Nie	Odmawiam odpowiedzi

2	
Zgłaszam chęć udziału w następujących formach wsparcia: (zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole)	
1. Wizyty studyjne	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że przyjąłem do wiadomości, iż:

- Administratorem moich danych osobowych jest Akademia Morska w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie przy ulicy Wały Chrobrego 1-2.
- 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
- Zapoznałem/am się z polityką prywatności, znajdującą się na stronie internetowej uczelni w zakładce Uczelnia/Polityka prywatności i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000).
- Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu rekrutacji uczestników projektu *NOWE HORYZONTY*, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
- Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione Instytucji Pośredniczącej – Narodowemu Centrum Badań i Rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Nowogrodzkiej 47a (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), lub Ministrowi Rozwoju pełniącemu funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mającemu siedzibę przy Plac Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
- Moje dane osobowe mogą zostać powierzone do przetwarzania podmiotom, które na zlecenie Akademii Morskiej w Szczecinie będą uczestniczyły w przy rekrutacji do projektu.
- Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Akademii Morskiej w Szczecinie. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
- Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wzięcia udziału w rekrutacji i udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Data

.....
Czytelny podpis

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości odmowy podania danych wrażliwych,

.....
Data

.....
Czytelny podpis

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych danych, potwierdzam prawdziwość informacji zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym.

.....
Data

.....
Czytelny podpis

Wymagane załączniki:
1. Orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)

Formularz zgłoszeniowy prosimy przesłać na adres:
nowe.horyzonty@am.szczecin.pl

lub dostarczyć osobiście do Biura Projektu:

Biuro projektu NOWE HORYZONTY (pok. 164)
ul. Wały Chrobrego 1-2
70-500 Szczecin