



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane wspólne

Lp.	Nazwa
1	Tytuł Projektu Profesjonalne Kadry w Policji
2	Nr Projektu RPMA.10.03.04-14-6658/16
3	Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt X Edukacja dla rozwoju regionu
4	Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt 10.3.Doskonalenie zawodowe
5	Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany Projekt 10.3.4 Kształcenie oraz doskonalenie zawodowe osób dorosłych

Dane uczestników projektu, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS (proszę wypełnić drukowanymi literami)

	Lp.	
Dane uczestnika	1	Imię (Imiona)
	2	Nazwisko
	3	Płeć
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu
	5	PESEL <input type="text"/>
	6	Wykształcenie (proszę wybrać jedną odpowiedź zaznaczając X) <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (średnie, zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> Pomaturalne (policealne) <input type="checkbox"/> Wyższe (licencjat, magister)
	7	Opieka nad dziećmi <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dane kontaktowe	8	Ulica
	9	Nr domu
	10	Nr lokalu
	11	Miejscowość



	12	Obszar (proszę wybrać jedną odpowiedź zaznaczając X) <input type="checkbox"/> WIEŚ <input type="checkbox"/> MIASTO
	13	Kod pocztowy
	14	Województwo
	15	Powiat
	16	Gmina
	17	Telefon stacjonarny
	18	Telefon komórkowy
	19	Adres poczty elektronicznej (e-mail)
Dane dodatkowe	20	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu Osoba pracująca/pełniąca funkcję* w: 1. jednostkach i komórkach organizacyjnych Komendy Wojewódzkiej Policji z siedzibą w Radomiu oraz innych jednostkach i komórkach organizacyjnych Policji z wyłączeniem jednostek i komórek wskazanych w pkt. 2 i 3; 2. jednostkach organizacyjnych Komendy Stołecznej Policji; 3. komórkach organizacyjnych Komendy Stołecznej Policji. *niepotrzebne skreślić Zatrudniony w: (proszę wpisać pełną nazwę jednostki Policji, w której Pani/Pan jest zatrudniona/y)
	21	KURSY W RAMACH PROJEKTU (można wybrać tylko jeden kurs zaznaczając X): <input type="checkbox"/> prawo jazdy kat. C <input type="checkbox"/> prawo jazdy kat. C+E <input type="checkbox"/> prawo jazdy kat. D <input type="checkbox"/> doskonalenie techniki jazdy samochodem <input type="checkbox"/> doskonalenie techniki jazdy motocyklem <input type="checkbox"/> spawanie metodą MIG <input type="checkbox"/> ADR - przewóz drogowy towarów niebezpiecznych <input type="checkbox"/> operator wózków widłowych <input type="checkbox"/> HDS - operator żurawia przeładunkowego <input type="checkbox"/> UAVO VLOS – loty dronem w zasięgu wzroku <input type="checkbox"/> UAVO BVLOS – loty dronem poza zasięgiem wzroku <input type="checkbox"/> kwalifikowana pierwsza pomoc



		<input type="checkbox"/> elektryczny G1 <input type="checkbox"/> energetyczny G2 <input type="checkbox"/> ratownik wodny <input type="checkbox"/> prowadzący strzelanie <input type="checkbox"/> serwisowanie samochodów elektrycznych i hybrydowych <input type="checkbox"/> obsługa suwnic kat. IIS <input type="checkbox"/> kurs dla kierowców pojazdów uprzywilejowanych i pojazdów przewożących wartości pieniężne Proszę zaznaczyć preferowane miejsca kursów? (można wybrać kilka lokalizacji zaznaczając X) <input type="checkbox"/> Ciechanów <input type="checkbox"/> Ostrołęka <input type="checkbox"/> Płock <input type="checkbox"/> Radom <input type="checkbox"/> Siedlce <input type="checkbox"/> Warszawa Proszę podać w jakie dni preferują Państwo udział w zajęciach? <input type="checkbox"/> poniedziałek- piątek <input type="checkbox"/> weekend Proszę podać w jakich godzinach preferują Państwo udział w zajęciach? <input type="checkbox"/> porannych <input type="checkbox"/> południowych <input type="checkbox"/> wieczornych
22	Data rozpoczęcia udziału w projekcie <i>(wypełnia personel projektu)</i>	
23	Data zakończenia udziału w projekcie <i>(wypełnia personel projektu)</i>	
24	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa <i>(wypełnia personel projektu)</i>	
25	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opistem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 Wyrażam chęć udziału w projekcie „Profesjonalne Kadry w Policji” realizowanym przez Agencję Rozwoju Mazowsza S.A. w partnerstwie z Komendą Stołeczną Policji, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa	



Lider:



ARMSA

Agencja Rozwoju Mazowsza S.A.

Biuro Lidera: 00-236 Warszawa :: ul. Świętojska 9 ::
tel. (022) 566 47 60 :: fax. (022) 843 83 31 :: e-mail: kpk@armsa.pl::

Partner:



Biuro Partnera: 00-150 Warszawa :: ul. Nowolipie 2 ::
tel. (022) 603 24 31 :: fax. (022) 603 85 10 ::
e-mail: fundusze.ue@ksp.policja.gov.pl::

	<p>Mazowieckiego na lata 2014-2020, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
26	<p><input type="checkbox"/> Jestem osobą niepełnosprawną i posiadam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia*</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej/etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia</p> <p><input type="checkbox"/> Posiadam status imigranta</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących</p> <p><input type="checkbox"/> w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</p> <p>.....</p> <p>* Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</p>
<p>Wszystkie podane powyżej dane są zgodne z prawdą. W razie podania nieprawdziwych danych jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej z tego wynikającej, w szczególności konieczności zwrotu uzyskanego dofinansowania.</p> <p>Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem projektu i spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie wymienione w rozdziale II.</p>	
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	PODPIS KANDYDATA/KI DO PROJEKTU

