



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



International Business Centre
"CENTRUM IB" Sp. z o.o.

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Kwestionariusz zgłoszeniowy dla osób pracujących deklarujących chęć wzięcia udziału w projekcie pt. „Kształtowanie kadr zarządzających”

<i>DANE DOT. SZKOLENIA</i>			
Nazwa kursu			
<i>JESTEM ZAINTERESOWANY UDZIAŁEM W KURSIE NA TERENIE (zaznaczyć x we właściwym miejscu)</i>			
Krakowa	Olkusza	Oświęcimia	Chrzanowa
<i>PODSTAWOWE DANE UCZESTNIKA</i>			
Nazwisko i imię			
Data urodzenia			
PESEL			
<i>ADRES ZAMELDOWANIA STAŁEGO / TYMCZASOWEGO</i>			
Ulica, nr domu / nr lokalu			
Kod pocztowy / Miejscowość			
Powiat			
Województwo			
<i>ADRES ZAMIESZKANIA (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)</i>			
Ulica, nr domu / nr lokalu			
Kod pocztowy / Miejscowość			
Powiat			
Województwo			
<i>DANE KONTAKTOWE</i>			
Telefon			
E-mail			
<i>DANE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA (zaznaczyć X we właściwym miejscu)</i>			
Zawodowe			
Średnie			
Wyższe			
Nazwa szkoły / uczelni			
Rok ukończenia			
<i>DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA PRACY / ADRES MIEJSCA PRACY</i>			
Nazwa zakładu			
Adres			
Miejscowość, województwo			
Zajmowane stanowisko			
Rodzaj umowy			
Czas trwania umowy			
Wielkość przedsiębiorstwa/firmy/institucji (właściwe zaznaczyć X)		mała	średnia / duża
<i>INFORMACJE DODATKOWE</i>			
Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez			
Stopień niepełnosprawności			

Zobowiązuję się do pokrycia 10 % kosztów szkolenia po zakwalifikowaniu się na kurs.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb „CENTRUM IB” Sp. z o. o. niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. Nr 1333, poz. 833)

Data

Podpis

„ C E N T R U M I B ” S p . z o . o .
31-150 Kraków; ul. Św. Filipa 7
Telefon: (0-12) 634-32-50, Telefon/Fax: (0-12) 632-80-75
e-mail: ibc@ibcentrum.pl
www.ibc.edu.pl