



**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. „Wzmacnianie Potencjału Pracowników w Zakresie Kwalifikacji”**

| <i>DANE DOT. SZKOLENIA</i>   |                |                       |
|--|----------------|-----------------------|
| <b>Nazwa kursu</b>   |                |                       |
| <i>JESTEM ZAINTERESOWANY UDZIAŁEM W KURSIE NA TERENIE<br/>(zaznaczyć x we właściwym miejscu)</i> |                |                       |
| <b>Krakowa</b>   | <b>Olkusza</b> | <b>Oświęcimia</b>     |
| <b>Chrzanowa</b>   |                |                       |
| <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>   |                |                       |
| <b>Telefon</b>   |                |                       |
| <b>E-mail</b>  |                |                       |
| <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<br>(właściwe zaznaczyć X)                             |                |                       |
| <b>mała</b>  |                | <b>średnia / duża</b> |
| <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