

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY	
Tytuł szkolenia:	„Zakładanie własnej działalności gospodarczej (firma spin-off)”
Termin realizacji:	Październik 2009
Miejsce szkolenia:	

Dane uczestnika	Imię		
	Nazwisko		
	Płeć	Kobieta	<input type="checkbox"/>
		Mężczyzna	<input type="checkbox"/>
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
	PESEL		
	Wykształcenie	Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>
		Pomaturalne	<input type="checkbox"/>
Wyższe		<input type="checkbox"/>	
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	Tak	<input type="checkbox"/>	
	Nie	<input type="checkbox"/>	
Dane kontaktowe	Ulica		
	Nr domu		
	Nr lokalu		
	Miejscowość		
	Obszar	Miejski	<input type="checkbox"/>
		Wiejski	<input type="checkbox"/>
	Kod pocztowy		
	Województwo		
	Powiat		
	Tel. Stacjonarny		
	Tel. Komórkowy		
Adres poczty e-mail			

Dane dodatkowe	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Nieaktywny zawodowo	Tak	<input type="checkbox"/>	
			Nie	<input type="checkbox"/>	
		Zatrudniony	w tym	Osoba ucząca się lub kształcąca	<input type="checkbox"/>
				Tak	<input type="checkbox"/>
				Nie	<input type="checkbox"/>
				Samozatrudniony	<input type="checkbox"/>
				Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>
				Zatrudniony w małym i (lub) średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>
				Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>
				Zatrudniony w administracji publicznej	<input type="checkbox"/>
	Zatrudniony w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/>			
	Rodzaj przyznanego wsparcia				
	Data rozpoczęcia udziału w projekcie		_ / _ / _		
	Data zakończenia udziału w projekcie		_ / _ / _		
	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa		Tak	<input type="checkbox"/>	
			Nie	<input type="checkbox"/>	
	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia		Podjęcie zatrudnienia	<input type="checkbox"/>	
Podjęcie nauki			<input type="checkbox"/>		
Inne			<input type="checkbox"/>		

.....
Data i podpis osoby wypełniającej**

*Proszę zakreślić miesiąc, w którym chcą Państwo uczestniczyć w szkoleniu

**Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Świętokrzyskie Centrum Innowacji i Transferu Technologii Sp. z o.o. na potrzeby projektu pn.: „Wiedza dla biznesu – wsparcie innowacyjnej przedsiębiorczości akademickiej w regionie świętokrzyskim” (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych –Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami).