



**TEB Edukacja sp. z o. o.**

**KWESTIONARIUSZ EFS POKL**

**WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA DRUKOWANYMI LITERAMI**

<b>Nazwisko</b>																									
<b>Imię</b>																									
<b>Drugie imię</b>																									
<b>PESEL</b>																									
<b>Data urodzenia</b>	<b>Dzień</b>				<b>Miesiąc</b>				<b>Rok</b>																
<b>Miejsce urodzenia</b>																									
<b>Adres stałego zamieszkania</b>																									
<b>Ulica</b>																									
<b>Nr domu</b>				<b>Nr mieszkania</b>																					
<b>Miejscowość</b>													<b>Kod pocztowy</b>				-								
<i>(zaznacz właściwe X)</i>	<input type="checkbox"/> <b>miejscowość powyżej 5 tys.</b>			<input type="checkbox"/> <b>miejscowość poniżej 5 tys.</b>			<input type="checkbox"/> <b>wieś</b>																		
<b>Powiat</b>																									
<b>Województwo</b>																									
<b>Telefon</b>	(0-			)													<b>Telefon komórkowy</b>								
<b>E-mail</b>																									
<b>Adres do korespondencji (jeśli inny niż powyżej)</b>																									
<b>Ulica</b>																									
<b>Nr domu</b>				<b>Nr mieszkania</b>																					
<b>Miejscowość</b>													<b>Kod pocztowy</b>				-								
<i>(zaznacz właściwe X)</i>	<input type="checkbox"/> <b>miejscowość powyżej 5 tys.</b>			<input type="checkbox"/> <b>miejscowość poniżej 5 tys.</b>			<input type="checkbox"/> <b>wieś</b>																		
<b>Powiat</b>																									
<b>Województwo</b>																									
<b>Telefon</b>	(0-			)													<b>Telefon komórkowy</b>								
<b>E-mail</b>																									
<b>Status na rynku pracy</b>																									
<b>Aktualny status</b>	<input type="checkbox"/> <b>uczę się</b>		<input type="checkbox"/> <b>pracuję</b>		<input type="checkbox"/> <b>jestem zarejestrowany jako bezrobotny</b>												<input type="checkbox"/> <b>od roku</b>								
<i>(właściwe zaznacz X)</i>	<input type="checkbox"/> <b>nie uczę się, nie pracuję i nie jestem zarejestrowany jako bezrobotny</b>																								
<b>Zatrudnienie (dotyczy osób pracujących)</b>																									
<b>Nazwa zakładu pracy</b>																									
<b>Miejscowość</b>																									
<b>Rodzaj firmy</b>	<input type="checkbox"/> <b>Samozatrudniony</b>			<input type="checkbox"/> <b>Mikro (do 9 pracowników)</b>						<input type="checkbox"/> <b>Małe (10-49 pracow.)</b>															
	<input type="checkbox"/> <b>Średnie (50-249 pracow.)</b>						<input type="checkbox"/> <b>Duże (powyżej 250 pracow.)</b>						<input type="checkbox"/> <b>Administracja publiczna</b>												
	<input type="checkbox"/> <b>Organizacja pozarządowa</b>																								
<b>Ukończona szkoła</b>																									
<b>Nazwa szkoły</b>																									
<b>Miejscowość</b>													<b>Rok ukończenia</b>												
<b>Udział w projekcie (proszę zaznaczyć wybrane szkolenia)</b>																									
<input type="checkbox"/> <b>Język angielski zawodowy w farmacji</b>			<input type="checkbox"/> <b>Przedstawiciel handlowy w branży farmaceutycznej</b>						<input type="checkbox"/> <b>Technologie IT w pracy technika farmacji</b>																
<b>Skąd dowiedzieli(a)ś się o projekcie?</b>																									
<input type="checkbox"/> <b>prasa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>radio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Internet</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>ulotka</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>plakat</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>znajomi</b>															

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby monitoringu, kontroli i ewaluacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz na udział w badaniu ankietowym przeprowadzonym w terminie 6 m-cy od zakończenia udziału w Projekcie.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Projektu oraz zostałem poinformowany o poniższym:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest TEB Edukacja sp. z o. o. w Poznaniu, al. Niepodległości 2;
- 2) Mam prawo do wglądu do swoich danych osobowych zebranych przez administratora danych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem;
- 3) Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję warunki Regulaminu organizacji i udziału w ww. Projekcie oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania, w szczególności obowiązku natychmiastowego poinformowania Biura Projektu o rezygnacji z udziału w Projekcie;
- 4) Wyrażam zgodę do nieodpłatnego wykorzystania mojego wizerunku i nagrań - do celów marketingowych wykonywanych w trakcie trwania zajęć w ramach Projektu;
- 5) Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych;
- 6) Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych drogą elektroniczną.

.....  
podpis beneficjenta

.....  
data

.....  
podpis pracownika sekretariatu