



TEB Edukacja sp. z o.o.

KWESTIONARIUSZ EFS POKL

Nazwisko																																												
Imię																																												
Drugie imię																																												
PESEL																																												
Data urodzenia																																												
Miejsce urodzenia																																												
Adres stałego zamieszkania																																												
Ulica																																												
Nr domu																																												
Nr mieszkania																																												
Miejscowość																																												
(zaznacz właściwe X)	miejscowość powyżej 5 tys.						miejscowość poniżej 5 tys.						Kod pocztowy			-			wieś																									
Powiat																																												
Województwo																																												
Telefon	(0-)																							Telefon komórkowy																				
E-mail																																												
Jestem rodzicem/prawnym opiekunem dziecka do 7 roku życia												TAK		NIE																														
Status na rynku pracy												Rodzaj firmy (jeśli zaznaczyłeś "pracuję", zaznacz właściwe X)																																
uczę się												Samozatrudniony																																
pracuję												Mikro (do 9 pracowników)																																
jestem zarejestrowany jako bezrobotny												Małe (9-49 pracowników)																																
nie uczę się, nie pracuję i nie jestem zarejestrowany jako bezrobotny												Średnie (50-249 pracowników)																																
												Duże (powyżej 250 pracowników)																																
												Administracja publiczna																																
												Organizacja pozarządowa																																
Nazwa zakładu pracy																																												
Miejscowość																																												
Ukończona szkoła																																												
Nazwa szkoły																																												
Miejscowość																																												
		Rok ukończenia																																										
Rodzaj szkoły (zaznacz właściwe X)		szkoła podstawowa						szkoła policealna																																				
		gimnazjum						studia licencjackie																																				
		liceum/ technikum						studia magisterskie																																				
Skąd dowiedziały(a) się o projekcie?																																												
prasa		radio		Internet		ulotka		plakat		znajomi																																		

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:

- Administratorem moich danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
- Mam prawo do wglądu do swoich danych osobowych zebranych przez administratora danych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem;
- Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję warunki Regulaminu uczestnictwa w ww. Projekcie oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania, w szczególności obowiązku natychmiastowego poinformowania Biura Projektu o rezygnacji z udziału w Projekcie;
- Wyrażam zgodę do nieodpłatnego wykorzystania mojego wizerunku i nagrań - do celów marketingowych wykonywanych w trakcie trwania zajęć w ramach Projektu;
- Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych;
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych drogą elektroniczną.

.....
data

.....
podpis Uczestnika