

Formularz zgłoszeniowy do projektu Autoryzowane szkolenia AutoCAD



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Akademia Morska w Szczecinie
ul. Podgórna 51/53
70-205 Szczecin
tel. 091 431 85 61, email: autocad@am.szczecin.pl

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

1 Dane przedsiębiorstwa / instytucji			
Nazwa			
Adres			
Telefon			
e-mail			
NIP			
REGON			
Typ	Przedsiębiorstwo	Instytucja	
Wielkość	Mikroprzedsiębiorstwo ¹	A	
	Małe przedsiębiorstwo ²	B	
	Inne przedsiębiorstwo / instytucja	C	

1. Przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniało średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, usług, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w PLN 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.

2. Przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym z dwóch lat obrotowych zatrudniało średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w PLN 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro.

2 Dane zgłaszanego na szkolenie pracownika			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
Płeć <small>Pole nieobowiązkowe</small>	K	M	
PESEL			

3 Adres zamieszkania zgłaszanego na szkolenie pracownika (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego z zamiarem stałego pobytu).			
Ulica/plac/aleja			
Nr domu/nr mieszkania			
Kod pocztowy/Pocztą		-	
Miejscowość			
Obszar	Miejski	Wiejski	
Powiat			
Województwo			

4 Zaświadczenie o zatrudnieniu	
Zaświadcza się, że Pan/Pani którego / której dane podano w punkcie 2 i 3 niniejszego formularza jest zatrudniony/a w przedsiębiorstwie, którego dane podano w punkcie 1 niniejszego formularza na podstawie umowy o pracę i znajduje / nie znajduje* się w okresie wypowiedzenia.	
*Niepotrzebne skreślić.	
Data	
Pieczęć i podpis osoby upoważnionej	

5 Wykształcenie	
Brak	A
Podstawowe	B
Gimnazjalne	C
Ponadgimnazjalne	D
Średnie	E
Wyższe	F

6 Numery telefonów kontaktowych oraz E-mail Obowiązkowe jest podanie jednego nr tel. oraz adresu e-mail	
Tel. domowy	
Tel. komórkowy	
Tel. do pracy	
E-mail	

7 Proszę określić swój poziom znajomości programu AutoCAD.	
Zerowy	A
Podstawowy	B
Średniozaawansowany	C
Zaawansowany	D

8 Proszę określić swój poziom znajomości programu Excel.	
Zerowy	A
Podstawowy	B
Średniozaawansowany	C
Zaawansowany	D

9	Proszę określić posiadaną umiejętność obsługi komputera		
	Zerowa	A	
	Podstawowa	B	
	Średniozaawansowana	C	
	Zaawansowana	D	

10	Czy posiada Pan/i podstawową wiedzę z zakresu rysunku technicznego?	TAK	NIE
-----------	---	-----	-----

11	Czy Pana/i praca wymaga korzystania z rysunku technicznego zapisanego w programie AutoCAD 2D lub 3D?	TAK	NIE
-----------	--	-----	-----

12	Czy Pana/i opis stanowiska pracy wskazuje na konieczność znajomości programu AutoCAD?	TAK	NIE
<i>Jeśli TAK to do formularza zgłoszeniowego proszę załączyć zakres obowiązków podpisany przez przełożonego.</i>			

13	Dlaczego chce Pan/i wziąć udział w szkoleniu? <i>W przypadku braku miejsca należy dołączyć odrębną kartkę.</i>		
.....			
.....			
.....			

14	Proszę zaznaczyć wybraną grupę na szkoleniu AutoCAD 2D, w której chce Pan/i wziąć udział. W przypadku zaznaczenia więcej niż jednej grupy, osoba będzie uwzględniana przy naborze do każdej zaznaczonej grupy.		
-----------	---	--	--

Zajęcia w tygodniu (dni powszednie: 16.00-19.30)		Zajęcia w weekend (sobota i niedziela: 10.00-13.30)	
Grupa 1 (26.10.09 – 31.12.09)	1	Grupa 2 (07.11.09 – 31.12.09)	2
Grupa 3 (sty 10 – lut 10)	3	Grupa 4 (sty 10 – lut 10)	4
Grupa 5 (lut 10 – mar 10)	5	Grupa 6 (lut 10 – mar 10)	6
Grupa 7 (mar 10 – kwi 10)	7	Grupa 8 (mar 10 – kwi 10)	8
Grupa 9 (kwi 10 – maj 10)	9	Grupa 10 (kwi 10 – maj 10)	10
Grupa 13 (sie 10 – wrz 10)	11	Grupa 14 (sie 10 – wrz 10)	12
Grupa 15 (wrz 10 – paź 10)	13	Grupa 16 (wrz 10 – paź 10)	14
Grupa 17 (paź 10 – lis 10)	15	Grupa 18 (paź 10 – lis 10)	16
Grupa 19 (lic 10 – gru 10)	17	Grupa 20 (lic 10 – gru 10)	18
Grupa 21 (styczeń – luty 2011)	19	Grupa 22 (luty – marzec 2011)	20

15	Czy chce Pan/i skorzystać z noclegu podczas trwania szkolenia? <i>Dotyczy tylko szkoleń weekendowych.</i>	TAK	NIE
-----------	--	-----	-----

16	Proszę zaznaczyć preferowany tryb zajęć.		
	Zajęcia popołudniowe 2 razy w tygodniu	A	
	Zajęcia popołudniowe 3 razy w tygodniu	B	
	Zajęcia popołudniowe 4 razy w tygodniu	C	
	Zajęcia weekendowe	D	

17	Czy po zakończeniu szkolenia AutoCAD 2D wyraża Pan/i chęć uczestnictwa w szkoleniu AutoCAD 3D?	TAK	NIE
-----------	--	-----	-----

18	Czy uczestniczył/a Pan/i wcześniej w podobnym szkoleniu finansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego?	TAK	NIE
-----------	--	-----	-----

19	Oświadczenie i czytelny podpis zgłaszanego pracownika.		
Oświadczam, iż akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie i wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie „Autoryzowane szkolenia AutoCAD”.			
Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych danych potwierdzam informacje zawarte w zgłoszeniu.			
<i>Data</i>			
<i>Czytelny podpis</i>			

20	Oświadczenie i czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorcy (zgodnie z załącznikiem nr 3).		
Oświadczam, iż akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.			
Oświadczam, że zapoznałem się z cennikiem szkoleń i jestem świadomy, iż udział pracowników w szkoleniu wiąże się z wniesieniem gotówkowego wkładu prywatnego.			
Oświadczam, iż bez wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie skierowałoby osoby wskazanej w punkcie 2 niniejszego formularza na podobne szkolenie z zakresu AutoCAD.			
Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych danych potwierdzam prawdziwość informacji zawartych w formularzu zgłoszeniowym.			
<i>Data</i>			
<i>Czytelny podpis</i>			
<i>Pieczęć firmy</i>			

Do formularza należy dołączyć:

- Kopię zakresu obowiązków (jeśli jest) zgłaszanego na szkolenie pracownika potwierdzoną za zgodność z oryginałem.
- Kopię dowodu osobistego zgłaszanego na szkolenie pracownika.
- Kopię odpisu z KRS lub wpisu do ewidencji działalności gospodarczej przedsiębiorstwa wskazanego w pkt. 1 niniejszego formularza potwierdzoną za zgodność z oryginałem.

Formularz zgłoszeniowy prosimy przelać pocztą lub dostarczyć osobiście do Biura Projektu: **Akademia Morska w Szczecinie, Biuro Projektu „Autoryzowane szkolenia AutoCAD” pok. 214, ul. Podgórna 51/53, 70-205 Szczecin.**