

„Koordynacja i monitorowanie rozwoju ekonomii społecznej w regionie”
Projekt pozakonkursowy współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

KARTA ZGŁOSZENIOWA NA WIZYTĘ STUDYJNĄ
„Aktywizacja społeczno-ekonomiczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym poprzez działalność podmiotów ekonomii społecznej w województwie kujawsko-pomorskim”

Termin: 22-25 maja 2017 r.

Trasa: Białystok - Toruń - Bydgoszcz - Toruń - Białystok

Prosimy o przesłanie wypełnionej karty zgłoszeniowej na nr faksu 85 744 71 37 lub zeskanowanej na e-mail: projektes@rops-bialystok.pl do dnia 16 maja 2017 r.

LICZBA MIEJSC JEST OGRANICZONA!!!

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|--|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--|--|--|--|--|--|
| NAZWA I ADRES INSTYTUCJI | | | | | | | | | | | | |
| TEL. / FAX INSTYTUCJI: | | | | | | | | | | | | |
| E-MAIL INSTYTUCJI: | | | | | | | | | | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO: | | | | | | | | | | | | |
| STANOWISKO: | | | | | | | | | | | | |
| TEL. KOMÓRKOWY | | | | | | | | | | | | |
| Dane niezbędne do ubezpieczenia | ADRES ZAMELDOWANIA | | | | | | | | | | | |
| | PESEL | | | | | | | | | | | |
| PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDNIEGO POŁA ZNAKIEM „X” | | Potwierdzam skorzystanie z transportu | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE | | | | | | |
| | | Potwierdzam skorzystanie z noclegu | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE | | | | | | |
| | | Będę korzystać z pokoju dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE | | | | | | |
| <p><i>Podpisanie karty jest równoznaczne z zapoznaniem się z Regulaminem rekrutacji dostępnym na www.podlaskaekonomiaspoleczna.pl i ze zgłoszeniem się na wizytę studyjną, obowiązkiem uczestnictwa w niej oraz niezwłocznego poinformowania organizatorów wizyty studyjnej o wszelkich zmianach dotyczących powyżej podanych informacji. Ewentualną rezygnację należy zgłaszać nie później niż 7 dni przed wizytą studyjną. W przypadku rezygnacji w terminie krótszym niż 7 dni, Beneficjent Ostateczny zobowiązuje się do zgłoszenia osoby z jego miejsca zatrudnienia, która zastąpi go w wizycie studyjnej.</i></p> | | | | | | | | | | | | |
| PODPIS | | | | | | | | | | | | |

Oświadczam, że wyżej wymieniona osoba jest zatrudniona na wskazanym stanowisku pracy

.....
(pieczętka instytucji)

.....
(pieczętka i podpis Dyrektora/Kierownika instytucji lub osoby przez niego upoważnionej)