



Ośrodek Szkoleniowy Job-Transfer sp. z o.o.
63-500 Ostrzeszów Kościuszki 31
Ośrodek akredytowany przez PIGR

Zgłoszenie na kurs
w zakresie specjalisty nadzoru budowy i
eksploatacji rusztowań

1. Formularz zgłoszenia należy wypełnić w języku polskim, czytelnie wielkimi, drukowanymi literami
2. Wnioskodawca wypełnia tylko część **B i C**
3. Wszystkie pola, w których nie będą wpisane odpowiednie informacje należy przekreślić.
4. Wniosek składa się do biura Ośrodka szkoleniowego Job-Transfer sp. z o. o 63-500 Ostrzeszów ul. Kościuszki 31

A. Dane ewidencyjne Ośrodka

A.1	Numer ewidencyjny zgłoszenia	<input type="text"/>	Data wpływu zgłoszenia	<input type="text"/>
	Nr Kursu	<input type="text"/> / <input type="text"/> PIGR/JOB-Transfer	Data Kursu	<input type="text"/>
A.2	Weryfikacja zgłoszenia	PRZYJĘTY <input type="checkbox"/>	DO UZUPEŁNIENIA <input type="checkbox"/>	ODRZUCONY <input type="checkbox"/>

B. Dane wnioskodawcy - wypisuje wnioskodawca

B.1.	Dane identyfikacyjne			
	Nazwisko			
	Imię/imiona	Imię ojca	Data urodzenia	
			<input type="text"/>	
	Miejsce urodzenia	Nr PESEL		
		<input type="text"/>		
B.2	Adres			
	Województwo	Powiat		
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	
		<input type="text"/>		
B.3	Dane dotyczące kwalifikacji zawodowych			
	Wykształcenie			
	Posiadane uprawnienia (rodzaj - typ)			
	Nr uprawnienia	Data uzyskania		
	Staż pracy w zakresie budowy lub eksploatacji rusztowań			
B.4	Informacja o załącznikach			
	Dokumenty potwierdzające wykształcenie	ilość <input type="text"/>	Dokumenty potwierdzające praktykę zawodową	ilość <input type="text"/>
	Dokumenty potwierdzające kwalifikacje	ilość <input type="text"/>	Inne	ilość <input type="text"/>
	Razem ilość załączników			ilość <input type="text"/>
B.5	Informacja o formie płatności za kurs			
	Opłatę wnosi firma/pracodawca	<input type="checkbox"/>	Opłatę wnosi osoba fizyczna/ wnioskodawca	<input type="checkbox"/>
B.6	Oświadczenia składającego wniosek			
	<ol style="list-style-type: none">1. Potwierdzam prawdziwość danych zamieszczonych we wniosku.2. Oświadczam, iż w razie ustania stosunku pracy u pracodawcy zgłaszającego mnie na kurs i nie pokrycia przez niego kosztów kursu, jako uczestnik kursu zobowiązuję się osobiście do pokrycia kosztów kursu3. Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem kursu na Specjalistę nadzoru budowy i eksploatacji rusztowań4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do udzielenia akredytacji PIGR na przeprowadzane szkolenia na specjalistę budowy i eksploatacji rusztowań zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 (Dz. U. 2002 r Nr 101, poz.926 ze zm.)			
 data	 Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy	

B.7	Deklarowana forma płatności – 3 dni od daty wystawienia faktury			
	gotówka <input type="checkbox"/>	przelew <input type="checkbox"/>		
C. Dane o pracodawcy delegującego wnioskodawcę na kurs – wypełnia pracodawca				
C.1.	Dane identyfikacyjne pracodawcy			
	Nazwa pełna			
	NIP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Regon	
	KRS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RHB	
	Nr zaświadczenia o działalności gospodarczej		Przez kogo wydane	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Członkostwo PIGR Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>				
C.2	Adres			
	Województwo		Powiat	
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
C.3.	Kontakt			
	Telefon stacjonarny:	Telefon komórkowy:	Fax:	
		Adres e- mail		
C4	Oświadczenie pracodawcy o oddelegowaniu na kurs			
	Potwierdzam oddelegowanie ww. pracownika na kurs na Specjalistę nadzoru budowy i eksploatacji rusztowań i tym samym zobowiązuję się do pokrycia kosztów kursu			
..... Data	 Imię, nazwisko i podpis osoby uprawnionej w firmie do podpisania oświadczenia		