



Formularz zgłoszeniowy szkolenia
„Przeciwdziałanie dyskryminacji w teorii i praktyce”

OSOBA APLIKUJĄCA					
Imiona:					
Nazwisko:					
Data urodzenia:					
ADRES DO KORESPONDENCJI:					
Ulica:		Nr domu:		Nr lokalu:	
Kod pocztowy:		Miejscowość:			
Telefon:		E-mail:			
REPREZENTOWANA INSTYTUCJA:					
Nazwa:					
Adres:					
Telefon:					
Stanowisko:					
Zakres obowiązków:					
W KTÓRYM SZKOLENIU CHCE PAN/PANI WZIĄĆ UDZIAŁ? (proszę zaznaczyć)					
<input type="checkbox"/> dla pracowników administracji publicznej:					
<input type="checkbox"/> Warszawa (15.02.)		<input type="checkbox"/> Wrocław (23.02.)		<input type="checkbox"/> Gdańsk (16.03.)	
<input type="checkbox"/> dla nauczycielek/nauczycieli:					
<input type="checkbox"/> Warszawa (1.03.)		<input type="checkbox"/> Wrocław (25.02.)		<input type="checkbox"/> Gdańsk (19.03.)	
<input type="checkbox"/> dla policjantek/policjantów:					
<input type="checkbox"/> Warszawa (12.02.)		<input type="checkbox"/> Wrocław (26.02.)		<input type="checkbox"/> Gdańsk (18.03.)	
<input type="checkbox"/> dla pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych:					
<input type="checkbox"/> Warszawa (16.02.)		<input type="checkbox"/> Wrocław (24.02.)		<input type="checkbox"/> Gdańsk (17.03.)	
WYMOGI ZWIĄZANE Z UCZESTNICTWEM:					
Czy chce Pan/Pani korzystać ze zwrotów kosztów podróży? *					
<input type="checkbox"/> TAK – proszę podać szacowany koszt _____				<input type="checkbox"/> NIE	

Czy ma Pan/Pani szczególne wymagania odnośnie diety? (np. wegetariańska, wegańska)		
<input type="checkbox"/> TAK – proszę podać jakie? _____		<input type="checkbox"/> NIE
Czy ma Pan/Pani ograniczenia sprawnościowe (np. zdrowotne, związane z poruszeniem się)?		
<input type="checkbox"/> TAK – proszę podać jakie? _____		<input type="checkbox"/> NIE
Czy uczestniczył/-yła już Pan/Pani w szkoleniu, warsztatach lub innym przedsięwzięciu edukacyjnym poświęconym przeciwdziałaniu dyskryminacji?		
<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli zaznaczył/-a Pan/Pani odpowiedź TAK, proszę podać nazwę tego szkolenia, instytucję/organizację je prowadzącą oraz krótko opisać, czego dotyczyło:		
Proszę wyjaśnić, dlaczego chce Pan/Pani wziąć udział w organizowanym przez nas szkoleniu?		
Czy w swojej dotychczasowej pracy zetknął/-ęła się Pan/Pani z sytuacjami, w których dochodziło do dyskryminacji? Proszę opisać taką sytuację pokazując cechę ze względu na którą doszło do dyskryminacji?		
Z którymi grupami dyskryminowanymi spotyka się Pani/Pan najczęściej w swojej pracy?		
<input type="checkbox"/> osobami innej rasy	<input type="checkbox"/> osobami o odmiennym pochodzeniu etnicznym	<input type="checkbox"/> ludźmi o odmiennych przekonaniach i religii
<input type="checkbox"/> dyskryminowanymi ze względu na wiek	<input type="checkbox"/> niepełnosprawnymi	<input type="checkbox"/> dyskryminowanymi ze względu na płeć
<input type="checkbox"/> dyskryminowanymi ze względu na posiadaną orientację seksualną	<input type="checkbox"/> Innymi – jakimi? _____	

Czy odczuł/-a Pan/Pani kiedyś dyskryminację w stosunku do siebie? Jeśli tak, to proszę krótko opisać, jaką miała ona formę? (odpowiedź na to pytanie nie jest obowiązkowa)

Jak zamierza Pan/Pani wykorzystać w dalszej pracy uzyskaną podczas szkolenia wiedzę oraz umiejętności?

- Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.
- Niniejszym deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do pełnego uczestnictwa w szkoleniu. W sytuacji rezygnacji z uczestnictwa w szkoleniu zobowiązuję do poinformowania o tym organizatorów najpóźniej na cztery dni przed rozpoczęciem zajęć lub znalezienie osoby na zastępstwo i poinformowanie o tym organizatorów. Niedopełnienie tej procedury będzie wiązało się z możliwością wymagania ode mnie przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej pokrycia wydatków związanych z udziałem jednej osoby w szkoleniu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby procesu rekrutacji.

.....
data

.....
podpis

Formularz proszę przesłać w formie elektronicznej na adres **Anna.Wroblewska@mpips.gov.pl**, a podpisane oryginały dokumentów na adres: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Analiz i Prognoz Ekonomicznych ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa z dopiskiem „Postęp, zwalczanie dyskryminacji, promocja różnorodności”.

Termin nadsyłania aplikacji: do 31 stycznia 2010 r. (data wysłania wiadomości e-mail i data stempla pocztowego).

**WIĘCEJ INFORMACJI NA STRONIE INTERNETOWEJ www.kobieta.gov.pl
lub pod numerami telefonu (022) 6934819, 6934875 w godzinach 10.00-16.00.**

* Wszyscy uczestnicy są uprawnieni do zwrotu kosztów podróży wyłącznie pociągiem drugiej klasy lub autobusem. Organizatorzy NIE pokrywają kosztów dojazdu samochodem.