

Załącznik nr 11a do Regulaminu Konkursu

**ŻYCIORYS ZAWODOWY – TRENER/DORADCA/PSYCHOLOG**

1. Imię i Nazwisko:

2. Data urodzenia:

Funkcja:	Obszar tematyczny / łączna liczba godzin
Trener	
Doradca	
Psycholog	

3. Doświadczenie zawodowe w prowadzeniu szkoleń<sup>1</sup>:

Data (od.....do.....)	Miejscowość	Firma	Opis szkolenia/Zakres tematyczny szkolenia	Liczba godzin
Łączna liczba godzin:				

4. Doświadczenie zawodowe w prowadzenia doradztwa

Data (od.....do.....)	Miejscowość	Firma	Opis usługi doradczej /Zakres tematyczny usługi doradczej	Liczba godzin
Łączna liczba godzin:				

5. Inne doświadczenie zawodowe trenera/doradcy/psychologa związane ze świadczeniem usług szkoleniowych lub doradczych:

Data (od.....do.....)	Miejscowość	Firma	Stanowisko
Szczegółowy opis obowiązków:			

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby realizacji projektu „Sukcesja w firmach rodzinnych - projekt zwiększający adaptacyjność firm rodzinnych MMSP z woj. lubelskiego i woj. mazowieckiego” nr POWR.02.21.00-00-

<sup>1</sup> Do życiorysu należy załączyć dokumenty, które w sposób nie budzący wątpliwości potwierdzają wykazane w tym punkcie doświadczenie

**0032/18**, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.). Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. Ustawy jest Minister Rozwoju, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

Moja zgoda na przetwarzanie danych jest dobrowolna; znam swoje prawa w zakresie danych osobowych wynikające z przywołanej powyżej ustawy w tym prawo wglądu do swoich danych i ich poprawiania.

.....  
*Data i czytelny podpis osoby pełniącej funkcję trenera/doradcy/psychologa*

## ŻYCIORYS ZAWODOWY – PERSONEL PROJEKTU

<b>Imię i Nazwisko:</b>	<b>Funkcja w projekcie:</b>

### Doświadczenie zawodowe:

<i>Data (od.....do.....)</i>	<i>Miejsce zatrudnienia</i>	<i>Zakres obowiązków</i>

### Doświadczenie zawodowe w ramach, którego udzielana była pomoc publiczna / de minimis dla przedsiębiorców

<i>Data (od.....d o.....)</i>	<i>Beneficjent projektu / usługi</i>	<i>Nazwa projektu / usługi</i>	<i>Zakres obowiązków</i>

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby realizacji projektu „**Sukcesja w firmach rodzinnych - projekt zwiększający adaptacyjność firm rodzinnych MMSP z woj. lubelskiego i woj. mazowieckiego**” nr POWR.02.21.00-00-0032/18, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.). Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. Ustawy jest Minister Rozwoju, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

Moja zgoda na przetwarzanie danych jest dobrowolna; znam swoje prawa w zakresie danych osobowych wynikające z przywołanej powyżej ustawy w tym prawo wglądu do swoich danych i ich poprawiania.

.....  
Data i czytelny podpis osoby odpowiadającej za zarządzanie projektem