

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – SEZON 2015[illegible][illegible]

ADRES				ULICA				NR DOMU			
KOD			-			MIEJSCOWOŚĆ			WOJEWÓDZTWO		
URZĄD SKARBOWY (NAZWA, ADRES)											
POSIADANE UPRAWNIENIA RATOWNIKA WODNEGO –WOPR (DATA UZYSKANIA)				Zaświadczenie (wg wzoru MSW)		Ratownik WOPR		WAŻNE KPP		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
DODATKOWE UPRAWNIENIA PRZYDATNE W RATOWNICTWIE WODNYM											
DOŚWIADCZENIE W PRACY NAD MORZEM (WAŻNE!)											
CHARAKTER PRACY:				<input type="checkbox"/> RATOWNIK WODNY		<input type="checkbox"/> OPERATOR SKUTERA		<input type="checkbox"/> OPERATOR ŁODZI IRB		<input type="checkbox"/> RATOWNIK MEDYCZNY	
PROSZĘ O ZATRUDNIENIE MNIE W OKRESIE:				<input type="checkbox"/> CZERWIEC (15.06-30.06)		<input type="checkbox"/> LIPIEC (01.07-31.07)		<input type="checkbox"/> SIERPIEŃ (01.08-31.08)			
				<input type="checkbox"/> WRZESIEŃ (01.09-15.09)		<i>pierwszeństwo w zatrudnieniu mają osoby deklarujące podjęcie pracy przez min. 2 miesiące (lipiec-sierpień)</i>					
ROZMIAR STROJU RATOWNICZEGO:				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL		<i>w przypadku braku możliwości zapewnienia strojów ratowniczych przez zlecniodawcę osoba zatrudniona jest zobowiązana do zapewnienia stroju we własnym zakresie</i>					

Wyrażam zgodę na udział w teście praktycznym i teoretycznym dotyczącym ratownictwa wodnego.

OŚWIADCZENIE DLA CEŁÓW PODATKOWYCH		
1.	<input type="checkbox"/> JESTEM ZATRUDNIONY W:	<input type="checkbox"/> NIE JESTEM ZATRUDNIONY
NAZWA ZAKŁADU PRACY:		
ADRES:		
2.	<input type="checkbox"/> OSIĄGAM, CO NAJMNIEJ MINIMALNE WYNAGRODZENIE (1750zł)	<input type="checkbox"/> NIE OSIĄGAM MINIMALNEGO WYNAGRODZENIA
3.	<input type="checkbox"/> POBIERAM RENTĘ LUB EMERYTURĘ	<input type="checkbox"/> NIE POBIERAM RENTY LUB EMERYTURY
4.	<input type="checkbox"/> POBIERAM ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH	<input type="checkbox"/> NIE POBIERAM ZASIŁKU
5.	<input type="checkbox"/> JESTEM OBJĘTY UBEZ. SPOŁECZNYM Z TYTUŁU PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ	<input type="checkbox"/> NIE JESTEM OBJĘTY UBEZ. SPOŁECZNYM Z TYTUŁU PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
6.	<input type="checkbox"/> JESTEM STUDENTEM/UCZNIEM	<input type="checkbox"/> NIE JESTEM STUDENTEM/UCZNIEM
NAZWA UCZELNI/ SZKOŁY		
NR LEG. STUDENCKIEJ/ SZKOLNEJ		
<p>Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia poinformuję Zleceniodawcę na piśmie. Wszelkie koszty wynikające z podania nieprawdziwych informacji lub ich zmiany, w tym koszty postępowania karno-skarbowego oraz obowiązku późniejszego odprowadzenia składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wraz z należnymi odsetkami zobowiązuję się pokryć z własnych środków.</p>		

Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji.

Formularz zgłoszeniowy będzie wykorzystywany tylko przez Słupskie WOPR, w przypadku pozytywnej kwalifikacji danej osoby zostanie ona powiadomiona telefonicznie i/lub poprzez email

..... MIEJSCOWOŚĆ DATA PODPIS
----------------------	---------------	-----------------