

## Course Registration Form

All the information provided will be regarded as strictly confidential

Course Title:	ICND1: Interconnecting Cisco Networking Devices Part 1		
Course Fee:	€1250	*Subsidy:	Small: €665 Medium: €665 Large: €665
Dates:	04/10/2010-08/10/2010 ( MON-FRI)	Duration:	09:00-17:15 Nicosia
Course Attendant's Name:		I.D No:	
Job Title:			
Company Name:			
Company Address:			
City:		Post Code:	
Company Tel.:		Company Fax:	
Home Tel.:		Mobile No:	
Home Address:			
Email Address:			
Name of person authorizing Registration:			
<b>Please be advised that pre-payment for the Course is mandatory.</b>			
Please Make Invoice Payable To:	<input type="checkbox"/> Company	<input type="checkbox"/> Course Attendant	
<b>Terms &amp; Conditions</b>			
1. Computrain reserves the right to cancel or postpone any Course at their own discretion.			
2. Certificates <i>will not</i> be issued to students who attend less than 75% of the total duration of the Course.			
4. VAT is not included in the price of the Course.			
5. Changes or cancellations must be made in writing, 14 days <b>prior</b> to the start date of the Course otherwise Course fees will not be refundable.			
6. Transfers will only be accepted, at a fee, for the <b>same course run at a later date</b> . All requests of transfers should be made in writing 14 days prior to start date of Course.			
<b>I have read, understood and agree to abide by the Terms &amp; Conditions set out above:</b>			
Signature of person authorizing Registration:	COMPANY STAMP HERE	Date:	
<b>ONCE COMPLETED PLEASE FAX REGISTRATION FORM TO +357 22 44 14 93</b>			



ΠΟΛΥΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ  
 ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ - ΣΥΝΗΘΗ  
 ΑΙΤΗΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ  
 ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΧΟΡΗΓΗΜΑΤΟΣ

<b>ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ</b>
Αρ. Φακέλου:

**A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ**

Τίτλος Προγράμματος: ICND1:Interconnecting Cisco Networking Devices Part 1		Αρ. Προγράμματος:	
		Επαρχία: Nicosia	
Ημερομηνία έναρξης:04/10/2010	Ημερομηνία λήξης:08/10/2010	Χώρος εφαρμογής:Computrain	
Ίδρυμα/οργανισμός κατάρτισης: G.T.P Computrain Ltd		Αρ. τηλεφώνου: 22441492	Αρ. τηλεμοιότυπου: 22441493

**B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ**

Επωνυμία εργοδότη:		Αρ. Μητρώου Εργοδότη Κοινωνικών Ασφαλίσεων:	
Είδος Εργοδότη (σημειώστε με √ ότι εφαρμόζει):		Αρ. εγγραφής (¹):	
<input type="checkbox"/> Προσωπική επιχείρηση (φυσικό πρόσωπο)	<input type="checkbox"/> Συντεχνία	Έτος ίδρυσης:	
<input type="checkbox"/> Εταιρεία	<input type="checkbox"/> Σωματείο/ Ίδρυμα	Αρ. εργοδοτούμενων (²):	
<input type="checkbox"/> Συνεταιρισμός	<input type="checkbox"/> Οργανισμός δημοσίου δικαίου		
Στοιχεία φυσικού προσώπου (για προσωπικές επιχειρήσεις):	Επώνυμο:	Όνομα:	Αρ. Ταυτότητας:
			Χώρα έκδοσης:
Διεύθυνση: Οδός και αριθμός:		Τηλέφωνο:	
Δήμος/κοινότητα:	Ταχ. κώδ.:	Τηλεμοιότυπο:	
Ταχυδρομική Διεύθυνση: (αν διαφέρει)	Τ.Θ.:	Ταχ. κώδ.:	
Δήμος/κοινότητα:	Επαρχία:	Ιστοσελίδα:	
Διευθυντής: Κοσ/Κα	Επώνυμο:	Όνομα:	Τίτλος της θέσης:
Αρμόδιος για επικοινωνία με την ΑνΑΔ: Κοσ/Κα	Επώνυμο:	Όνομα:	Τίτλος της θέσης:
Κυριότερη δραστηριότητα:			ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ
			NACE:

**Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ** (συμπληρώνεται από εργοδότες που συνιστούν επιχειρήσεις - ασκούν οικονομική δραστηριότητα)

Στοιχεία για τη μητρική εταιρεία (αν υπάρχει):	Επωνυμία:	Αρ. Μητρώου Εργοδότη Κοιν. Ασφαλίσεων:
<b>Δηλώστε:</b>		
(α) Το μέγεθος της επιχείρησής σας :		
<input type="checkbox"/> Μικρή επιχείρηση <input type="checkbox"/> Μεσαία επιχείρηση <input type="checkbox"/> Μεγάλη επιχείρηση		
(β) Κατά πόσον η επιχείρησή σας αποτελεί προβληματική επιχείρηση: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		

(¹) Συμπληρώνεται ο αριθμός εγγραφής στο Μητρώο Εφόρου Εταιρειών, Εφόρου Σωματείων και Ίδρυμάτων, Εφόρου Συντεχνιών κλπ, ανάλογα με την περίπτωση.

(²) Αναφέρεται ο αριθμός εργοδοτούμενων κατά τον τελευταίο μήνα που καταβλήθηκαν εισφορές στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

**Δ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΚΙΝΗΤΡΟΥ**

Αναφέρετε, σημειώνοντας √στο αντίστοιχο τετραγωνάκι, κατά πόσο, λόγω του χορηγήματος που δυνατό να σας καταβληθεί από την ΑνΑΔ, σε σύγκριση με την περίπτωση μη επιχορήγησης της συμμετοχής των εργοδοτούμενων σας στο πρόγραμμα, επιτυγχάνεται σημαντική αύξηση σε ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Στη διάρκεια κατάρτισης που θα παρασχεθεί στους εργοδοτούμενους σας.
- Στα θέματα που θα καλύψει η κατάρτιση, για να αποκτήσουν οι εργοδοτούμενοι σας τα επιθυμητά επίπεδα γνώσεων και δεξιοτήτων.
- Στο συνολικό ποσό που θα δαπανήσετε για ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών κατάρτισης.
- Στην ταχύτητα ολοκλήρωσης της κατάρτισης των εργοδοτούμενων σας.

**Ε. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΛΑΒΟΥΝ ΜΕΡΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

A/A	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΦΥΛΟ (Α/Θ)	ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (Να δηλωθεί κατά τρόπο που να προσδιορίζονται τα καθήκοντα του εργοδοτούμενου)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

**ΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Έχοντας επίγνωση των συνεπειών του περί Ψευδούς Δηλώσεως Νόμου, όλες οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί ή επισυναφθεί στο έντυπο αυτό είναι ακριβείς και αληθείς.
2. Έχω ενημερωθεί για τις πρόνοιες των περί Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Νόμων, της νομοθεσίας για τον Έλεγχο των Κρατικών Ενισχύσεων, καθώς και για τις πρόνοιες του Οδηγού Πολιτικής και Διαδικασιών που διέπουν τη συνεργασία της ΑνΑΔ με τους εργοδότες για την εφαρμογή Πολυεπιχειρησιακών Προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Κατάρτισης – Συνήθων, τις αποδέχομαι και δεσμεύομαι για την πιστή τήρησή τους. Έλαβα επίσης γνώση για τη δυνατότητα της ΑνΑΔ για επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση παραβίασης των προνοιών του Οδηγού ή/και της σχετικής νομοθεσίας.
3. Έχω ενημερωθεί από την ΑνΑΔ για τις πρόνοιες του άρθρου 11 του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου [Αρ. 138(Ι)/2001], και συγκατατίθεμαι, σύμφωνα με το άρθρο 5(1) του Νόμου αυτού, όπως η ΑνΑΔ συμπεριλάβει στα αναγκαία για τους σκοπούς εφαρμογής της νομοθεσίας της αρχαία τα ατομικά μου στοιχεία προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνω στο παρόν έντυπο.
4. Εξουσιοδοτώ την ΑνΑΔ να καταβάλει στο ίδρυμα/οργανισμό κατάρτισης που θα εφαρμόσει το πρόγραμμα, το χορήγημα που δικαιούται η επιχείρηση/οργανισμός μου έναντι του Δικαιώματος Συμμετοχής/Διδάκτρων για τους πιο πάνω εργοδοτούμενους, νοουμένου ότι πληρούν τις σχετικές προϋποθέσεις και ολοκληρώσουν με επιτυχία το πρόγραμμα.

.....  
Ημερομηνία

.....  
Όνοματεπώνυμο Διευθυντή ή Εξουσιοδοτημένου Αντιπροσώπου

.....  
Υπογραφή και Σφραγίδα Εργοδότη

**ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ**

- Προτού συμπληρωθεί η αίτηση, ο εργοδότης θα πρέπει να μελετήσει τις πρόνοιες του Οδηγού Πολιτικής και Διαδικασιών του Σχεδίου και ειδικότερα του εντύπου «Σημαντικές πληροφορίες για εργοδότες και εργοδοτούμενούς τους που συμμετέχουν σε Πολυεπιχειρησιακό Πρόγραμμα Συνεχιζόμενης Κατάρτισης – Σύνηθες» [Έντυπο 10 (ΠΕ)].
- Η αίτηση συμπληρώνεται με όλα τα στοιχεία και παραλαμβάνεται από την ΑνΑΔ το αργότερο μέσα σε **6 ημερολογιακούς μήνες από την τελευταία ημέρα του μήνα μέσα στον οποίο έληξε το πρόγραμμα.**
- Αντίγραφο του τιμολογίου και της απόδειξης είσπραξης για το πληρωτέο ποσό των Διδάκτρων/Δικαιώματος Συμμετοχής, θα πρέπει να επισυναφθούν με την παρούσα αίτηση για σκοπούς επιχορήγησης.
- Η αίτηση υποβάλλεται στην ΑνΑΔ μέσω του ιδρύματος/οργανισμού κατάρτισης.
- Η αίτηση συμπληρώνεται και υπογράφεται **πριν από την ημερομηνία έναρξης του προγράμματος.**

