

Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027

Priorytet FEPZ.06.10 Fundusze Europejskie na rzecz Aktywnego Pomorza Zachodniego**Działanie** FEPZ.06.10 Edukacja zawodowa ZIT**Projekt pn. „Poprawa jakości i dostępności kształcenia zawodowego w szkołach ponadpodstawowych wraz z doposażeniem pracowni w Powiecie Wałeckim”**

Nr umowy FEPZ.06.10-IP.01-0013/25-00

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU****PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE – KOMPUTEROWO lub DRUKOWANYMI LITERAMI**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Poprawa jakości i dostępności kształcenia zawodowego w szkołach ponadpodstawowych wraz z doposażeniem pracowni w Powiecie Wałeckim” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz powierzam do przetwarzania następujący zbiór danych osobowych:

DANE UCZESTNIKA:		
1.	Kraj	POLSKA
2.	Rodzaj uczestnika	INDYWIDUALNY
3.	Imię	
4.	Nazwisko	
5.	PESEL	
6.	Płeć	
7.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
8.	Wykształcenie	
9.	Nazwa Realizatora	<input type="checkbox"/> Powiatowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego, w tym: <input type="checkbox"/> Technikum Zawodowe nr 1 <input type="checkbox"/> Technikum Zawodowe nr 2 <input type="checkbox"/> Branżowa Szkoła I stopnia <input type="checkbox"/> Zespół Szkół nr 4 Rolnicze Centrum Kształcenia Ustawicznego, w tym: <input type="checkbox"/> Technikum Zawodowe

10.	Klasa	
11.	Kierunek	
DANE KONTAKTOWE:		
1.	Województwo	
2.	Powiat	
3.	Gmina	
4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	Nr budynku	
7.	Nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	
9.	Telefon kontaktowy	
10.	Adres e-mail	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (proszę zaznaczyć X)		
1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia, osoba z krajów trzecich (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

3.	Osoba z niepełnosprawnościami¹ (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
4.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
6.	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) – <i>wypełnia Beneficjent</i> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
DODATKOWE INFORMACJE NA POTRZEBY REKRUTACJI:		
1.	Motywacja do podnoszenia kwalifikacji *Zaznaczyć właściwe	<input type="checkbox"/> Wysoka <input type="checkbox"/> Średnia <input type="checkbox"/> Niska
2.	Miejsce zamieszkania na terenie wiejskim *Zaznaczyć właściwe	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
SZCZEGÓŁY WSPARCIA – <i>wypełnia Beneficjent</i>		
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:		
Data zakończenia udziału w projekcie:		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu, w tym:		OSOBA BIERNIA ZAWODOWO UCZĄCA SIĘ
Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej		
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie		
Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa		
Rodzaj przyznanego wsparcia		

¹ **Osoba z niepełnosprawnościami** - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz.U. z 2016 r. poz. 2046, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t. j. Dz.U. z 2016 r. poz. 546, z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Data rozpoczęcia udziału we wsparciu		
Data zakończenia udziału we wsparciu		
Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie ?		
Proszę wpisać w odpowiednim miejscu jakie?	<input type="checkbox"/>	przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych
	<input type="checkbox"/>	alternatywne formy materiałów
	<input type="checkbox"/>	zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:.....
	<input type="checkbox"/>	zapewnienie tłumacza języka migowego
	<input type="checkbox"/>	specjalne wyżywienie:
	<input type="checkbox"/>	inne jakie?.....

Ja, niżej podpisany/-a, świadom/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym „Formularzu rekrutacyjnym do projektu” są zgodne z prawdą i aktualne.

.....
Miejscowość i data

.....
*Czytelny podpis Uczestnika/ Uczestniczki
lub Rodzica/ Opiekuna prawnego*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez rodzica/ opiekuna prawnego.

*Podpisanie przez rodzica/ opiekuna prawnego stanowi jednocześnie wyrażenie zgody na udział dziecka małoletniego w projekcie.