



Załącznik nr 1 do Regulaminu
Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Postaw na swój rozwój zawodowy”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Postaw na swój rozwój zawodowy”

realizowanego w ramach RPO WZ 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Edukacja
Działanie 8.6 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów
uczestniczących
w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia
zawodowego

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania
(podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna
z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu)

**FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ
"X".**

1. Dane kandydata/kandydatki:			
Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> Indywidualny (uczeń) <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji / podmiotu (nauczyciel)		
Nazwisko:			
Imię/Imiona:			
Data urodzenia:		Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
PESEL:			
Płeć (właściwe zaznaczyć znakiem x):		Wykształcenie (właściwe zaznaczyć znakiem x):	
<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe	
Miejscowość zamieszkania:		Kod pocztowy:	
Ulica:		Gmina:	
Nr domu:		Powiat:	
Numer lokalu:		Województwo:	
Telefon kontaktowy (stacjonarny lub komórkowy) Uczestnika projektu:			
Adres poczty elektronicznej:			



2. Informacja o miejscu nauki uczestników indywidualnych (dotyczy wyłącznie uczniów):		
Nazwa szkoły:	Zespół Szkół im.	
Typ szkoły (właściwe zaznacz znakiem x):	<input type="checkbox"/> Technikum 4-letnie	<input type="checkbox"/> Technikum 5-letnie
Kierunek kształcenia:		Klasa:
3. Informacja o pracowniku instytucji / podmiotu (dotyczy wyłącznie nauczycieli):		
Nazwa instytucji / podmiotu:		
Adres instytucji / podmiotu (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):		
4. Preferowane formy wsparcia kandydata/kandydatki: (właściwe zaznaczyć znakiem x)		
SZKOLENIA/KURSY DLA UCZNIÓW	Kurs kelnerski	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs barmański	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs baristy	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs cuppingu herbaty	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs dekorowania stołów i sal	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs dekorowanie potraw	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs wizażu	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs stylizacji paznokci	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs SEP 1 kw	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs animatora czasu wolnego	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs obsługi kasy fiskalnej	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs rachunkowości	<input type="checkbox"/> TAK
STAŻ DLA UCZNIÓW		<input checked="" type="checkbox"/> TAK
DORADZTWO EDUKACYJNO- ZAWODOWE	Indywidualne doradztwo zawodowe i test FRIS	<input checked="" type="checkbox"/> TAK



KURSY KWALIFIKACYJNE I SZKOLENIA DOSKONALĄCE DLA NAUCZYCIELI	Kurs Cisco CCNA dla nauczycieli kierunków informatycznych	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs Baza danych dla nauczycieli kierunków informatycznych	<input type="checkbox"/> TAK
	Kurs PHP dla nauczycieli kierunków informatycznych	<input type="checkbox"/> TAK
5. Dane dodatkowe kandydata/kandydatki:		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca	
Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba w niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
6. Specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie:		
Czy kandydat jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Czy kandydat ma specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie?		

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

.....
(czytelny podpis opiekuna prawnego)*

*wymagany w przypadku, gdy kandydat jest osobą niepełnoletnią.



Wynik rekrutacji (wypełnia biuro projektu)		
Kandydat/kandydatka zakwalifikowany/a do udziału w projekcie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:		
Data:		
Czytelne podpisy członków Komisji rekrutacyjnej:		