|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKÓW PROJEKTU** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa beneficjenta | Powiat Włocławski |
| Nazwa projektu | Podniesienie poziomu kształcenia zawodowego w Powiecie Włocławskim |
| Program operacyjny | Regionalny Pogram Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 |
| Oś priorytetowa | 10.Innowacyjna edukacja |
| Działanie | 10.2 Kształcenie ogólne i zawodowe |
| Numer naboru | RPKP.10.02.03-IZ.00-04-307/19 |
| Numer umowy o dofinansowanie projektu | UM\_WR.433.1.122.2020 |
| Miejsce realizacji / Szkoła | Pracownie szkolne / Zespół Szkół im. św. Jana Pawła II w Kowalu |
| Okres rekrutacji | 01.09.2020 – 31.12.2020 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | **Nazwa** | **Pole danych** | | |
| Imię (imiona) |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| PESEL |  | | |
| Miejsce urodzenia |  | | |
| Płeć | kobieta mężczyzna | | |
| Ulica |  | | |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  | | |
| Kod pocztowy | \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ | Poczta |  |
| Województwo |  |  |  |
| Powiat |  | | |
| Obszar | miejski wiejski | | |
| Telefon kontaktowy |  | | |
| Adres email |  | | |
| Klasa |  | | |
| Kierunek kształcenia |  | | |
| **Dane dodatkowe** | Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej. Migrant osoba obcego pochodzenia | Tak  Odmowa podania informacji  Nie | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | Tak  Nie | | |
| Fakt bycia osobą niepełnosprawną | Tak  Odmowa podania informacji  Nie | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | Tak  Odmowa podania informacji  Nie | | |

Prosimy o zaznaczenie kierunku kształcenia oraz wybranie szkoleń/zajęć, w których chciałbyś/chciałabyś uczestniczyć poprzez zakreślenie **X** w polu wyboru.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szkoły** | **lp.** | **I Kierunek/Nazwa szkolenia/zajęć** | **pole wyboru** | |
| Zespół Szkół im. św. Jana Pawła II w Kowalu | **Kierunek:**  technik administracji  technik BHP  opiekunka dziecięca  opiekun medyczny  technik usług pocztowych i finansowych    terapeuta zajęciowy | | | |
| 1. | Projektowanie grafiki komputerowej ( 30 osób: 2 grupy x 15 osób x 60h) |  | |
| 2. | Tworzenie witryn internetowych (30 osób: 2 grupy x 15 osób x 50h) |  | |
| 3. | Prowadzenie obsługi biura ( 30 osób: 2 grupy x 15 osób x 50h) |  | |
| 4. | Zajęcia dodatkowe z języka angielskiego (24 osoby: 3 grupy x 8 osób x 60h; 2x w tyg.) |  | |
| **II Staż zawodowy u przedsiębiorcy** | |  | |
| 1. | Deklaruję uczestnictwo w stażu zawodowym  (staż odbywać się będzie podczas wakacji: czerwiec, lipiec lub sierpień w wymiarze 150h (20dni), stypendium w wysokości 1750 zł (brutto). | TAK |  |
| NIE |  |

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

* zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Podniesienie poziomu kształcenia zawodowego w Powiecie Włocławskim” oraz akceptuję jego warunki,
* zapoznałem/am się z zapisem w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Podniesienie poziomu kształcenia zawodowego w Powiecie Włocławskim” dotyczącym praw i obowiązków Uczestnika/czki projektu i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do ich przestrzegania,
* zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Podniesienie poziomu kształcenia zawodowego w Powiecie Włocławskim” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
* zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne   
  z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie,
* zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie mam obowiązek udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej,
* zgodnie z wymogami projektu jestem uprawniony/a do uczestniczenia w nim (spełniam warunki kwalifikowalności Uczestników/czek projektu
* zostałem/am poinformowany/a, że z chwilą przystąpienia do projektu każdy uczestnik projektu będący osobą fizyczną składa oświadczenie o przyjęciu przez niego do wiadomości informacji o ochronie danych osobowych
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Powiat Włocławski na potrzeby rekrutacji.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………...…………………….………….  Miejscowość, data | ……………………..…………………….…………  Czytelny Podpis |
|  |  |