



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU PN
„ZST OLECKO. KSZTAŁCIMY ZAWODOWO I PROFESJONALNIE”**

realizowany jest ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 2 Kadry dla gospodarki, Działanie 2.4. Rozwój kształcenia i szkolenia zawodowego, Poddziałanie 2.4.1. Rozwój kształcenia i szkolenia zawodowego – projekty konkursowe nr umowy: RPWM.02.04.01-28-0044/19-00.

CZĘŚĆ I											
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU											
Dane personalne											
1	Imię (imiona)										
2	Nazwisko										
3	Numer ewidencyjny PESEL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
4	Data i miejsce urodzenia										
5	Płeć <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> męska										
6	Wiek w chwili przystąpienia do projektu										
7	Nazwa szkoły Szkoła Branżowa <input type="checkbox"/> Technikum <input type="checkbox"/> KKZ <input type="checkbox"/>										
8	Klasa										
9	Zawód										
Adres zamieszkania											
10	Kraj										
11	Województwo										
12	Powiat										
13	Gmina										
14	Miejscowość										
15	Ulica										
16	Nr budynku										
17	Nr lokalu										
18	Kod pocztowy										
19	Telefon kontaktowy										
20	Adres poczty elektronicznej (email)										
Dane wrażliwe:											
21	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi										
22	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi										
23	Jestem osobą z niepełno sprawnościami <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi										
24	Posiadam orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi										
25	Posiadam opinię o specyficznych problemach w uczeniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi										
26	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej Podać w jakiej										
27	Dochód na osobę w mojej rodzinie wynosi Podać wysokość dochodu na osobę										
28	Wywodzę się z rodziny wielodzietnej Podać liczbę rodzeństwa pozostającego w jednym gospodarstwie domowym)										



CZĘŚĆ II

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Deklaruję ukończenie jednego z niżej wymienionych specjalistycznych kursów zawodowych.

Kurs spawania i pomiarów sieci światłowodowych	
Kurs obsługi i programowania obrabiarek CNC	
Kurs Spawacza metodą TIG 141	
Kurs Spawacza metodą MIG 131	
Kurs technologii robót wykończeniowych w budownictwie	
Kurs pielęgnacji dłoni i stylizacji paznokci	
Kurs najnowszych trendów i technik strzyżenia	
Kurs sprzedawcy z obsługą kasy fiskalnej i fakturowaniem	

Jednocześnie deklaruję ukończenie w ramach projektu stażu/praktyki zawodowej w wymiarze 150 godzin w przedsiębiorstwach branż zgodnych z kierunkiem kształcenia lub pokrewnych.

TAK

NIE

- Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie oraz akceptuję postanowienia tego Regulaminu, w tym zobowiązuję się do systematycznego udziału w dostępnych formach wsparcia.
- Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.
- Wyrażam zgodę na umieszczanie i prezentowanie wizerunku mojej osoby na zdjęciach oraz filmach zrobionych podczas realizacji projektu, we wszelkich publikacjach tradycyjnych i elektronicznych dotyczących realizacji projektu.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Oświadczam, że wszystkie podane prze ze mnie informacje są zgodne z prawdą.

.....
data i podpis kandydata/ki

.....
data i podpis rodzica/opiekuna (w przypadku osoby niepełnoletniej)

WYPEŁNIA ADMINISTRATOR

Rodzaj przyznanego wsparcia	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie