|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKÓW PROJEKTU - NAUCZYCIEL** **(ZSOiZ w Gryfowie Śl.)** |
| **Kwalifikacje i staże szansą rozwoju dla kolejnych roczników uczniów szkół zawodowych z powiatu Lwóweckiego nr RPDS.10.04.01-02-0017/20** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane kontaktowe** | Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Płeć |  kobieta mężczyzna |
| Data urodzenia |  |
| Wykształcenie |  podstawowe gimnazjalne  ponadgimnazjalne policealne wyższe  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy | \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ | Poczta |  |
| Województwo |  |  |  |
| Powiat |  |
| Gmina  |  |
| Obszar |  miejski wiejski |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Wykonywany zawód |  instruktor praktycznej nauki zawodu nauczyciel kształcenia ogólnego nauczyciel wychowania przedszkolnego nauczyciel kształcenia zawodowego pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej pracownik instytucji rynku pracy pracownik instytucji szkolnictwa wyższego pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej rolnik inny |
| Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  Tak Odmowa podania informacji Nie |
| **Dane dodatkowe** | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania |  Tak Odmowa podania informacji Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  Tak Odmowa podania informacji Nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej |  Tak Odmowa podania informacji Nie |

Prosimy o wybranie szkoleń, w których chciałby/chciałaby Pan/i uczestniczyć poprzez zakreślenie **X** w polu wyboru.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Kurs doskonalący z obsługi drona |   |
| 2. | Kurs florysty |   |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

Ja niżej podpisany/a **deklaruję udział w projekcie i oświadczam**, że:

* zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kwalifikacje i staże szansą rozwoju dla kolejnych roczników uczniów szkół zawodowych z powiatu Lwóweckiego” oraz akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
* zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Kwalifikacje i staże szansą rozwoju dla kolejnych roczników uczniów szkół zawodowych z powiatu Lwóweckiego” 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,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w związku z uczestnictwem w projekcie,
* zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych uczestnika projektu.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………………………..…………………….………… Czytelny podpis |
| Miejscowość, data: ………………………..………… |