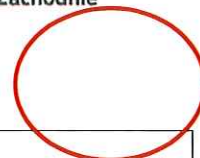




Załącznik 1 – FORMULARZ REKRUTACYJNY Nr.....

**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU - UCZEŃ**

Tytuł Projektu	„Poprawa jakości i dostępności kształcenia zawodowego w ZS nr 2 CKU w Pyrzycach”
Nr Projektu	FEPZ.06.11-IP.01-0003/25
Oś priorytetowa	FEPZ.06.00
Działanie	Działanie 6.11 Edukacja zawodowa

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIAĆ **DRUKOWANYMI LITERAMI**, A POLA WYBORU ZAZNACZAĆ „X”

I	Dane uczestnika	Kraj	POLSKA									
		Rodzaj uczestnika	indywidualny									
		Imię (imiona) i nazwisko:										
		Wiek w chwili przystąpienia do projektu:										
		Obywatelstwo:										
		Data urodzenia:										
		PESEL:										
		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna				
		Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Podstawowe					<input type="checkbox"/> inne.....				
		II	Dane teleadresowe	Województwo:								
Powiat:												
Gmina:												
Miejscowość:												
Obszar:	<input type="checkbox"/> Miasto					<input type="checkbox"/> Wieś						
Ulica:												
Nr budynku:												
Nr lokalu:												
Kod pocztowy i poczta:	Kod:					Poczta:						
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)												
Telefon kontaktowy:												
Adres mailowy (DRUKOWANYMI):												
III	Szczegóły wsparcia			Data rozpoczęcia udziału w projekcie:								
		Data zakończenia udziału w projekcie:										

		Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> bierna zawodowo - osoba ucząca się lub kształcąca <input type="checkbox"/> osoba pracująca – nauczyciel		
IV	Status uczestnika projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		
		Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK*		
		Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		
		*W związku z orzeczoną niepełnosprawnością zgłaszam potrzebę dostosowania zajęć (w jaki sposób?)			
Informacje szkolne	Klasa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Kierunek kształcenia	<input type="checkbox"/> TŻUG <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> TH <input type="checkbox"/> TMRIA <input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Ele <input type="checkbox"/> Mps	
Zaświadczenie potwierdzające kwalifikowalność uczestnika	Zaświadczam, że w/w jest uczniem szkoły objętej wsparciem w ramach projektu.		Pieczętka szkoły:		
		Podpis i pieczęć dyrektora/wicedyrektora szkoły.			

ZGŁASZAM CHĘĆ UDZIAŁU W NASTĘPUJĄCYCH FORMACH WSPARCIA (max. 4 w roku szkolnym):

Lp.	Nazwa wsparcia	Rok szkolny				KRYTERIA (PUNKTY PRZYZNAJE KOMISJA)			Razem punkty projektowe
		2025 - 2026	2026 - 2027	2027 - 2028	2028 - 2029	Ocena śródroczna lub roczna z przedmiotu ogólnego określonego w Regulaminie rekrutacji lub średnia ocen z przedmiotów zawodowych w przypadku kursów/zajęć kształcenia branżowego pkt. od 1 do 5	Analiza opinii i orzeczeń uczeń zaznacza jeśli taką posiada „X” pkt. 0 lub 5	Zgodność kierunku kształcenia z kursem branżowym „X” pkt. 0 lub 5	
1.	Kurs przygotowawczy do egzaminu maturalnego z matematyki							-----	
2.	Kurs przygotowawczy do egzaminu maturalnego z języka angielskiego							-----	
3.	Kursy przygotowujące do egzaminu maturalnego z języka polskiego							-----	
4.	Wyjazdy do instytucji kultury i sztuki							-----	

OŚWIADCZAM, że:

- 1) świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach ww. danych,
- 2) zapoznałem/am się z REGULAMINEM REKRUTACJI UCZESTNIKÓW do projektu „Poprawa jakości i dostępności kształcenia zawodowego w ZS nr 2 CKU w Pyrzycach”, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
- 3) w związku z chęcią przystąpienia do Projektu pn. „Poprawa jakości i dostępności kształcenia zawodowego w ZS nr 2 CKU w Pyrzycach” współfinansowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku w czasie realizacji, promocji, ewaluacji i archiwizacji Projektu. Dodatkowo zastrzegam, że publikacja tych dokumentów odbywać się będzie w taki sposób, aby nie wskazywały na powiązanie z imieniem i nazwiskiem lub sposobem bezpośredniego kontaktu (bez adresu zamieszkania, numeru telefonu),
- 4) w związku z chęcią uczestnictwa w Projekcie pn. „Poprawa jakości i dostępności kształcenia zawodowego w ZS nr 2 CKU w Pyrzycach” współfinansowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, świadoma(y) odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że:
 - a) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb uczestnictwa w Projekcie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych – i załączoną KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ;
 - b) zostałem/am poinformowany/a, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w Projekcie;
 - c) zostałem/am poinformowany/a, że mam prawo wglądu do treści swoich danych oraz ich poprawiania lub usunięcia.

		Rodzaj przyznanego wsparcia	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	Data zakończenia udziału we wsparciu
		STAŻ UCZNIOWSKI		
		DORADZTWO ZAWODOWE		
		SZKOLENIE /KURS /ZAJĘCIA		
III	Szczegóły wsparcia c.d.	Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia		
		Sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie		<input type="checkbox"/> osoba nabyła kompetencje <input type="checkbox"/> osoba uzyskała kwalifikacje
		Udział osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Data założenia działalności gospodarczej		

Pyrzyce, dnia

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu

.....
czytelny podpis opiekuna prawnego
małoletniego uczestnika projektu