

Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Czas na ZAWODOWCA”
dla Zespołu Szkół Nr 8 im. Tadeusza Kościuszki w Koszalinie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Czas na ZAWODOWCA”

realizowanego w ramach RPO WZ 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Edukacja
Działanie 8.8 *Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia w ramach strategii ZIT dla Koszalińsko-Kołobrzesko-Białogardzkiego Obszaru Funkcjonalnego.*

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 checked="" type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji / podmiotu		
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 checked="" type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe	
Miejscowość zamieszkania:		Kod pocztowy:	
Ulica:		Gmina:	
Nr domu:		Powiat:	
Numer lokalu:		Województwo:	
Kraj zamieszkania:			
Telefon kontaktowy (stacjonarny lub komórkowy) Uczestnika projektu:			
Adres poczty elektronicznej:			
2. Informacja o miejscu nauki uczestników indywidualnych:			
Nazwa szkoły:	Zespół Szkół Nr 8 im. Tadeusza Kościuszki w Koszalinie		

Typ szkoły (właściwe zaznacz znakiem x):	<input type="checkbox"/> Technikum <input checked="" type="checkbox"/> Szkoła Zawodowa <input type="checkbox"/> Kształcenie w ramach KKZ		
Kierunek kształcenia, (zawód):		Klasa:	
Adres szkoły (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):			
Organ prowadzący szkołę:	Gmina Miasto Koszalin		
3. Informacja o pracowniku instytucji / podmiotu:			
Nazwa instytucji / podmiotu:	-		
Adres instytucji / podmiotu (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):	-		
Organ prowadzący szkołę:	Gmina Miasto Koszalin		
4. Preferowane formy wsparcia kandydata/kandydatki: (właściwe zaznaczyć znakiem x)			
1. Zajęcia dodatkowe / szkolenia / kursy / kierunki kształcenia dla uczniów:	a) kurs barmana - baristy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	b) kurs wizażu z elementami stylizacji paznokci i pielęgnacji oprawy oka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	c) kurs spawania spoin pachwinowych w osłonie gazów metodą TIG 141-8	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Poradnictwo zawodowe:	a) Grupowe doradztwo zawodowe	<input checked="" type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	b) Indywidualne doradztwo zawodowe	<input checked="" type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. Dane dodatkowe kandydata/kandydatki:			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input checked="" type="checkbox"/> osoba pracująca		
Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostającej na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba w niekorzystanej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
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?			

--	--

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

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

*wymagany w przypadku, gdy kandydat jest osobą niepełnoletnią.

Wynik rekrutacji (wypełnia szkoła)		
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:		
1.		
2.		
3.		