

Załącznik nr 1 do Regulaminu
Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Moją perspektywą-ZAWÓD!”
dla Zespołu Szkół nr 8 im. Tadeusza Kościuszki w Koszalinie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Moją perspektywą-ZAWÓD!”

realizowanego w ramach RPO WZ 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Edukacja
Działanie 8.6 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących
w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia zawodowego

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 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 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 (właściwie zaznacz znakiem x):	<input type="checkbox"/> Technikum	<input type="checkbox"/> Zasadnicza Szkoła Zawodowa	
Kierunek kształcenia, (zawód):		Klasa:	
Adres szkoły (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):	75-235 Koszalin, ul. Morska 108		
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:			
4. Preferowane formy wsparcia kandydata/kandydatki: (właściwie zaznaczyć znakiem x)			
1. Zajęcia dodatkowe / szkolenia / kursy / kierunki kształcenia dla uczniów:	a) szkolenie z zakresu zdobienia tortów i ciast	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	b) szkolenie z zakresu technik strzyżeń	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Staż / praktyka zawodowa:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Poradnictwo zawodowe:	a) Grupowe doradztwo zawodowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	b) Indywidualne doradztwo zawodowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Formy wsparcia dla nauczycieli	a) Studia podyplomowe nadające uprawnienia do nauczania przedmiotów zawodowych w zakresie technologii żywności i żywienia.	<input 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 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 mieszkań:	<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?	

.....
(miejsowość 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:		