

Załącznik nr 1 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„Dobry zawód – Lepsza przyszłość II edycja”
dla uczniów Zespołu Szkół nr 2 im. Unii Europejskiej w Rypinie

Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa 10 Innowacyjna edukacja, Działanie 10.2 Kształcenie ogólne i zawodowe, Poddziałanie 10.2.3 Kształcenie zawodowe

	Lp.	Nazwa
Dane uczestnika	1	Imię (imiona) Nazwisko
	2	Data urodzenia Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w latach)
	3	Płeć (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	4	PESEL
	5	Wykształcenie (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> inne:
	6	Szkoła (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> Branżowa Szkoła I stopnia: zawód Klasa <input type="checkbox"/> Technikum: kierunek.....Klasa.....
Dane kontaktowe	7	Ulica Nr budynku / Nr lokalu
	8	Miejscowość Kod pocztowy
	9	Gmina Powiat
	10	Województwo Kraj
	11	Obszar (zaznacz na jakim obszarze leży miejscowość wymieniona w punkcie 8) <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
	12	Telefon stacjonarny * Telefon komórkowy * e-mail * <input type="checkbox"/> Nie posiadam <input type="checkbox"/> Nie posiadam <input type="checkbox"/> Nie posiadam
*Aby brać udział w projekcie należy wypełnić co najmniej jedną rubrykę poprzez podanie danych kontaktowych		
Status osoby w chwili przystąpienia do projektu	13	Jestem osobą bierną zawodowo, w tym uczącą się <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Jestem osobą z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji



Wybór formy wsparcia	14	<p>Udział w stażu u pracodawcy</p> <p><input type="checkbox"/> Staż Branża</p>
Data ukończenia szkoły	15	Przewidywana data ukończenia szkoły.....
Dane rodzica osoby niepełnoletniej*	16	<p>Imię i nazwisko.....</p> <p>Adres.....</p> <p>Pesel.....</p>

*Pozycję 16 wypełniają tylko osoby, które w momencie rozpoczęcia stażu nie ukończą 18 lat.

.....dnia,.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego -
obowiązkowe w przypadku uczestników niepełnoletnich