

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 3 im. Bogdana Chełmickiego 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		
<b>Dane uczestnika</b>	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"/> Technikum: kierunek.....Klasa.....	
<b>Dane kontaktowe</b>	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 * ..... <input type="checkbox"/> Nie posiadam	Telefon komórkowy * ..... <input type="checkbox"/> Nie posiadam
*Aby brać udział w projekcie należy wypełnić co najmniej jedną rubrykę poprzez podanie danych kontaktowych			
<b>Status osoby w chwili przystąpienia do projektu</b>	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 należąca 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 (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji



<b>Wybór formy wsparcia</b>	14	<p><b>Udział w stażu u pracodawcy</b></p> <p><input type="checkbox"/> Staż                      Branża .....</p>
<b>Dodatkowe</b>	15	<p>Oświadczam, że wyżej wybrane przeze mnie formy wsparcia odpowiadają na moje indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz są zgodne z moimi możliwościami psychofizycznymi.</p>
<b>Dane rodzica osoby niepełnoletniej*</b>	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