



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału uczestników projektu pn. „W drodze Ku lepszej przyszłości szcześcińskich szkół zawodowych – etap I”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (REKRUTACYJNY) DO PROJEKTU – UCZEŃ/UCZENNICA

w ramach projektu „W drodze ku lepszej przyszłości szcześcińskich szkół zawodowych – etap I”
nr FEPZ.06.10-IP.01-0007/24

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

REALIZATOR/SZKOŁA ZESPÓŁ SZKÓŁ NR 4

Formularz zgłoszeniowy do projektu może być wypełniony elektronicznie w języku polskim, należy go wydrukować w całości oraz czytelnie podpisać imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. W przypadku osób niepełnoletnich, podpis pod formularzem składa rodzic lub opiekun prawny (podpis czytelny). Istnieje możliwość zastosowania formy pisma odręcznego (pismo drukowane). Niedopuszczalna jest ingerencja w treść Formularza zgłoszeniowego do projektu, usuwanie zapisów, logotypów. Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. tak, nie).

DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI

Obywatelstwo:	<input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
Rodzaj uczestnika:	<input type="checkbox"/> indywidualny
Imię (imiona):	
Nazwisko:	
PESEL/ inny identyfikator:	
Wiek (liczba skończonych lat w chwili przystąpienia do projektu):	
Szkoła/Klasa/kierunek:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Podstawowe ISCED 2 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> Średnie ISCED 3 (kształcenie ukończone na poziomie branżowej szkoły I stopnia)



Kraj:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina	
Miejscowość:	
Ulica i nr domu:	
Obszar :	<input type="checkbox"/> obszar wiejski <input type="checkbox"/> obszar miejski
Kod pocztowy:	___ - ____
Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego:	
Adres poczty elektronicznej rodzica/ opiekuna prawnego (e-mail):	
Telefon kontaktowy ucznia:	
Adres poczty elektronicznej ucznia (e- mail):	
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba kraju (państwa) trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

DANE DODATKOWE	
Uczeń/nica (nazwa szkoły)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu :	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym <input type="checkbox"/> osoba ucząca się
Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej:	



Osoba o specjalnych potrzebach edukacyjno-rozwojowych (jeśli tak, dołączyć kopię zaświadczenia, opinii)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba o specjalnych potrzebach edukacyjno-rozwojowych wymagająca usługi asystenta)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba pochodząca z rodziny o niskim poziomie dochodów (wypełnić w sytuacji ubiegania się o stypendium w ramach projektu i dołączyć stosowne zaświadczenie, np. z Urzędu Skarbowego)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> nie dotyczy

**INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ WSPARCIA
– dotyczy osób o specjalnych potrzebach**

Proszę wybrać formy wsparcia stawiając znak „X” przy wybranej opcji.

Proszę zaznaczyć usługę, której potrzebuje uczeń zgłaszany do projektu:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		

ZAKRES WSPARCIA

Deklaruję chęć uczestnictwa w następującym wsparciu:



Uczeń/uczennica może wziąć udział w więcej niż jednym wsparciu przewidzianym w projekcie (proszę wstawić X) doradztwo zawodowe jest formą obowiązkową, staże są formą obowiązkową/ nieobowiązkową ale uczeń decydujący się na staż ma preferencje

Doradztwo zawodowe indywidualne i grupowe (jeśli dotyczy)	
Staż zawodowy w wymiarze godzin	
Szkolenie	
Kurs	
Egzamin	
Wizyta studyjna	

OŚWIADCZENIE

Złożenie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

.....
Data i czytelny podpis Uczestnika

.....
Data i czytelny podpis opiekuna prawnego Uczestnika w przypadku jego małoletniości

OŚWIADCZENIE KANDYDATA DO PROJEKTU/UCZESTNIKA PROJEKTU

Oświadczam, że:



- zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „W drodze ku lepszej przyszłości szczecińskich szkół zawodowych – etap I” nr FEPZ.06.10-IP.01-0007/24” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
- zapoznałem/am Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „W drodze ku lepszej przyszłości szczecińskich szkół zawodowych – etap I” nr FEPZ.06.10-IP.01-0007/24”;
- zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w zajęciach pozalekcyjnych;
- jestem świadomy/a, że wypełnienie Formularza zgłoszeniowego do projektu oraz wyrażenie zgody na udział w Projekcie nie gwarantują udziału w wybranych zajęciach oraz, że decyzję o zakwalifikowaniu do projektu podejmie Komisja rekrutacyjna projektu biorąc pod uwagę kryteria rekrutacji;
- zostałem/am poinformowany/a, że moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu zgodnie z klauzulą informacyjną, której treść potwierdziłem poniżej.

Miejscowość, data

.....
Podpis Uczestnika
lub rodzica/opiekuna
prawnego w
przypadku
uczestnika niepełnoletniego

Załączniki do formularza zgłoszeniowego:

Proszę o zaznaczenie załączników (znakiem “X” dołączonych do formularza zgłoszeniowego).

Lp.	Nazwa dokumentu	TAK	NIE
1	Deklaracja uczestnictwa w projekcie		
2	Zaświadczenie wydane przez Realizatora o statusie ucznia szkoły		
3	Klauzula informacyjna		
4	Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)		
5	Kserokopia zaświadczenia poświadczającego status ucznia o specjalnych potrzebach edukacyjno-rozwojowych (jeśli dotyczy)		
6	Zaświadczenie poświadczające pochodzenie z rodziny o niskim poziomie dochodów (w przypadku ubiegania się o stypendium)		

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKcie DLA UCZNIa/ UCZENNICy

Imię (imiona):	
Nazwisko:	
PESEL:	



Deklaruję uczestnictwo w projekcie pn. „**W drodze ku lepszej przyszłości szczecińskich szkół zawodowych – etap I**” nr **FEPZ.06.10-IP.01-0007/24** realizowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie, tj. jestem uczniem/ uczennicą Zespołu Szkół nr 4 w Szczecinie. Po zakończeniu udziału w projekcie zobowiązuje się do:

- przekazywania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźnika rezultatu bezpośredniego (np. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu) do 4 tygodni od zakończonego udziału w projekcie oraz do
- udziału w badaniu ewaluacyjnym, zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027

Oświadczam, że:

- 1) zawarte w Formularzu zgłoszeniowym do projektu dane są zgodne z prawdą i zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta/Realizatora o zaistniałych zmianach;
- 2) zostałem/-am poinformowany/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;

.....

*Data i podpis opiekuna prawnego
dotyczy małoletniego Uczestnika Projektu

.....

Data i podpis Uczestnika Projektu

Zaświadczenie

Niniejszym zaświadcza się, że:

Imię (imiona):	
Nazwisko:	



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PESEL:

Jest uczniem/uczennicą

.....

Data, podpis i pieczęć szkoły

Oświadczenie Rodzica/Opiekuna Prawnego

Niniejszym oświadczam, że
(Imię i nazwisko)

- jest osobą pochodzącą z rodziny o niskim poziomie dochodów i przedkładam stosowne zaświadczenie wydane przez:



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



*podkreślić właściwe

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego