



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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 * <input type="checkbox"/> Nie posiadam | Telefon komórkowy * <input type="checkbox"/> Nie posiadam | e-mail * <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 (inne niż wymienione powyżej) | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |

