



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) Kobieta Mężczyzna	
	4	PESEL	
	5	Wykształcenie (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> inne:	
	6	Szkoła (zaznacz właściwe) Branżowa Szkoła I stopnia: zawód Klasa 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
*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



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

*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