**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

**UCZNIA/UCZENNICY**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu: | „Eksperci z Działdowa” |
| Oś Priorytetowa: | 2 Kadry dla gospodarki |
| Działanie: | 2.4 Rozwój kształcenia i szkolenia zawodowego |
| Poddziałanie: | 2.4.1 Rozwój kształcenia i szkolenia zawodowego- projekty konkursowe |

**Wypełnia pełnoletni uczeń lub rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego ucznia:**

*W przypadku zakwalifikowania się do projektu, dane osobowe zostaną wprowadzone do aplikacji głównej centralnego systemu teleinformatycznego (SL2014). Jest to system wspierający realizację programów operacyjnych realizowanych w ramach Funduszy Europejskich 2014-2020. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZNIA/UCZENNICY OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE** | | | | | | | | | | | | |
| **NAZWISKO** |  | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ/IMIONA** |  | | | | | | | | | | | |
| **PŁEĆ** | □mężczyzna | | | | | | □kobieta | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **MIEJSCE URODZENIA** |  | | | | | | | | | | | |
| **WIEK** |  | | | | | | | | | | | |
| **WYKSZTAŁCENIE** | gimnazjalne | | | | | | | | | | | |
| **NAZWA SZKOŁY / PLACÓWKI** | Zespół Szkół Zawodowych nr 1 im. gen. Sylwestra Kaliskiego w Działdowie | | | | | | | | | | | |
| **KIERUNEK KSZTAŁCENIA** | □ TECHNIK MECHATRONIK  □ TECHNIK ELEKTRYK | | | | | | | | | | | |
| **STATUS OSOBY**  **NA RYNKU PRACY**  **W CHWILI PRZYSTĄPIENIA**  **DO PROJEKTU** | □osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □osoba bierna zawodowo  □osoba pracująca | | | | | | | | | | | |
| **Motywacja** | □niska  □średnia  □wysoka | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE KONTAKTOWE – MIEJSCE ZAMIESZKANIA** | |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku/lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Kraj** |  |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Telefon kontaktowy**\* |  |
| **e-mail**\* |  |
| **Zamieszkanie** | □ **obszar wiejski** *(obszar, na którym więcej niż 50% populacji zamieszkuje tereny wiejskie)*  □ **obszar miejski** *(obszar położony w granicach administracyjnych miast)* |

*\*jedno z pól obowiązkowe*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STATUS UCZNIA/UCZENNICY**  **W CHWILI ZGŁOSZENIA SIĘ DO PROJEKTU** | | | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | □tak | □nie | □odmowa podania informacji |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | □tak | □nie |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | □tak | □nie | □odmowa podania informacji |
| **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących**  **w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu** | □tak  □tak | □nie  □nie |  |
| **Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** | □tak | □nie |  |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej**  **(inne niż wymienione powyżej)** | □tak | □nie | □odmowa podania informacji |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZACE STATUSU MATERIALNEGO**

**Oświadczam, iż pochodzę/ moje dziecko /podopieczny pochodzi z rodziny o niskim statusie materialnym, która korzysta ze świadczeń Ośrodków Pomocy Społecznej: (\**zaznacz właściwe*):**

TAK

NIE

nie wyrażam zgody na podanie informacji o statusie materialnym, jednocześnie zgadzam się na przyznanie mi/mojemu dziecku/podopiecznemu 0 punktów za kryterium punktowe "status materialny".

**OŚWIADCZENIE DOTYCZACE POSIADANIA ORZECZENIA/OPINII**

**Oświadczam, iż posiadam/moje dziecko/podopieczny posiada *orzeczenie/opinię o niepełnosprawności*: (\**zaznacz właściwe*):**

TAK

NIE

nie wyrażam zgody na podanie informacji o niepełnosprawności, jednocześnie zgadzam się na przyznanie mojemu dziecku/podopiecznemu 0 punktów za powyższe kryterium punktowe

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Eksperci z Działdowa”*,* zwanym dalej Regulaminem i w pełni akceptuję jego zapisy.
2. Jestem przedstawicielem/moje dziecko jest przedstawicielem\*\* grupy docelowej wymienionej w ww. Regulaminie.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków z budżetu państwa w ramach RPO WIM na lata 2014-2020.
4. Wyrażam zgodę na możliwość nieodpłatnego wykorzystania i rozpowszechniania przez Międzynarodowe Centrum Doskonalenia Zawodowego Sp. z o.o., Powiat Działdowski oraz Zespół Szkół Zawodowych nr 1 im. gen. Sylwestra Kaliskiego w Działdowie w czasie trwania realizacji Projektu oraz w okresie następującym po okresie realizacji Projektu, mojego wizerunku/wizerunku mojego dziecka\*\* do celów związanych z monitoringiem, kontrolą i ewaluacją realizowanego Projektu oraz na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego w szczególności w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach, pod warunkiem, że fotografia, nagranie zostało wykonane w trakcie trwania Projektu.
5. Wyrażam zgodę na udział/udział mojego dziecka\*\* w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
6. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a/ żadnych zastrzeżeń ani roszczeń.
7. W przypadku zakwalifikowania się do Projektu zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach dotyczących podanych danych/danych mojego dziecka\*\*, o ile one wystąpią w trakcie trwania Projektu.
8. Podane dane są zgodne z prawdą.
9. Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **miejscowość, data** | **czytelny podpis (imię i nazwisko) pełnoletniego ucznia/uczennicy/**  **rodzica**\*\*\***/opiekuna prawnego**\*\*\* |

\*\* *niepotrzebne skreślić*

\*\*\* *w przypadku ucznia niepełnoletniego wymagany podpis ucznia i rodzica*