



Data złożenia formularza	Podpis osoby przyjmującej

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA UCZESTNIKA

do projektu „*Wzmocnienie konkurencyjności uczniów na rynku pracy III*”
realizowanego przez Powiat Suski ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus
Priorytet 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego,
Działanie 6.11 Wsparcie kształcenia zawodowego
Typ projektu A. Podniesienie jakości kształcenia zawodowego
Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027

(proszę o wypełnienie drukowanymi literami)**WYPEŁNIA KANDYDAT/KANDYDATKA NA UCZESTNIKA PROJEKTU**

Imię (imiona) uczestnika/czki projektu	
Nazwisko uczestnika/czki projektu	
Adres zamieszkania uczestnika/czki projektu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Nazwa szkoły	
Zawód, w którym kształci się uczeń	
Obszar projektowy (wypełnia Lider Szkolny)	
Klasa (*zaznacz x)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
Uczestniczyłem/am w innej formie wsparcia w ramach niniejszego projektu (*zaznacz x)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Rodzaj wybranego wsparcia (*zaznacz x)	<input type="checkbox"/> kurs zawodowy <small>(nazwa)</small> <input type="checkbox"/> wizyta zawodoznawcza <input type="checkbox"/> targi branżowe <input type="checkbox"/> warsztaty z zakresu przeciwdziałania przemocy, dyskryminacji i nierównościami <input type="checkbox"/> warsztaty z wykorzystaniem małopolskich instytucji promujących naukę i innowacje





Oświadczenie (uczestnik wypełnia <u>dobrowolnie</u>)		Tak	Nie
Jestem osobą z niepełnosprawnością (przy właściwym stwierdzeniu proszę zaznaczyć „x”)			
Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności	Proszę podać właściwe		
Pytanie skierowane jest do osób z niepełnosprawnościami lub innych osób mających trwale lub czasowo naruszoną sprawność w zakresie poruszania się czy percepcji (wzroku, słuchu itp.) lub z innymi ograniczeniami utrudniającymi dostęp do procesu edukacji	Architektura dostosowana dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim		
	Architektura oznaczona alfabetem Braille'a i komunikaty głosowe		
	Zapewnienie dostępności materiałów szkoleniowych		
	Zapewnienie tłumacza języka migowego		
	Zapewnienie narzędzi technologicznych umożliwiających odpowiedni dostęp i odbiór informacji np. pętla indukcyjna		
	Pomoc asystenta		
	Inne, jakie?		

Oświadczenia i deklaracje (przy właściwym stwierdzeniu proszę zaznaczyć „x”)	Tak	Nie
Oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią <i>Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa</i> w projektach realizowanych przez Powiat Suski i jestem świadoma/y konieczności spełnienia warunków w nim zawartych, aby brać udział w wybranej przeze mnie formie wsparcia.		
Oświadczam, iż nie jestem uczestnikiem/ czką innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach Funduszy Europejskich dla Małopolski 2021-2027, w którym przewidziane formy wsparcia są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści.		
Oświadczam, iż w chwili zakwalifikowania się do udziału w projekcie deklaruję udział w oferowanej formie wsparcia		
Oświadczam, iż w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie złożę wypełniony Załącznik 3 Deklarację uczestnictwa wraz załącznikami .		
Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Priorytet 6. Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.11. Wsparcie kształcenia zawodowego, typ projektu A. Podniesienie jakości kształcenia zawodowego		
Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.		
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby procesu rekrutacji do projektu oraz w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie także w celach związanych z realizacją projektu		
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia (niepełnosprawność, specjalne potrzeby edukacyjne), w celu dostosowania sposobu realizacji projektu do moich indywidualnych potrzeb.		

.....
data.....
(czytelny podpis ucznia).....
(CZYTELNY PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO)
(w przypadku gdy uczestnik/uczestniczka projektu jest osobą niepełnoletnią)



.....
Nazwa szkoły/pieczęć szkoły

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że uczeń/uczennica*:

.....(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)(ul., nr, miejscowość)

urodzony(a) dnia (dd.mm.rrrr) w (miejscowość)

jest uczniem/uczennicą* klasy w roku szkolnym/.....

szkoły(nazwa szkoły).

.....
Pieczęćka i podpis Dyrektora szkoły

* niewłaściwe skreślić

