



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Nowa jakość kształcenia zawodowego”**

Tytuł projektu	„Nowa jakość kształcenia zawodowego”
Nr projektu	RPZP.08.06.00-32-K003/18
Numer i nazwa Osi Priorytetowej	RPZP.08.00.00 Edukacja
Numer i nazwa Działania	RPZP.08.06.00 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia zawodowego

Formularz należy wypełnić czytelnie we wszystkich BIAŁYCH POLACH, DRUKOWANYMI literami, a w miejscach z kwadracikami należy symbolem „X” ZAZNACZYĆ odpowiednie pole

DANE OSOBOWE			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	Data urodzenia
Miejsce urodzenia			
PESEL (11 cyfr)	_____		
Wykształcenie	brak <i>(brak formalnego wykształcenia)</i>	<input type="checkbox"/>	
	podstawowe – ISCED 1 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)</i>	<input type="checkbox"/>	
	gimnazjalne – ISCED 2 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)</i>	<input type="checkbox"/>	
	ponadgimnazjalne – ISCED 3 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)</i>	<input type="checkbox"/>	
	policealne – ISCED 4 <i>(kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)</i>	<input type="checkbox"/>	
	wyższe – ISCED 5-8 <i>(kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich lub doktoranckich)</i>	<input type="checkbox"/>	



Nazwa instytucji (szkoły)	Zespół Szkół im. Macieja Rataja w Gościnie		
Klasa			
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (wg Kodeksu Cywilnego¹) ORAZ DANE KONTAKTOWE			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość			
Kod pocztowy		Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Województwo			
Powiat			
Nr telefonu			
Nr telefonu (inny)			
Adres e-mail			
Adres korespondencyjny, jeśli inny niż powyżej			
DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ (<i>dane wrażliwe</i>) <i>Jeśli tak, to należy załączyć kserokopię orzeczenia lub inny równoważny dokument²</i>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
Stopień niepełnosprawności (<i>o ile dotyczy</i>)	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

² W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego dopuszczalne jest przedłożenie innego dokumentu wydanego przez lekarza, poświadczającego stan zdrowia tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia.



NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, IŻ:

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „*Nowa jakość kształcenia zawodowego*”, realizowanym na terenie województwa zachodniopomorskiego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa RPZP.08.00.00 Edukacja, działanie RPZP.08.06.00 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia zawodowego.
2. Zapoznałem/-am się z zasadami udziału zawartymi w *Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie „Nowa jakość kształcenia zawodowego”*, i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniony/-a do udziału w ww. projekcie. Akceptuję warunki regulaminu i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o wszystkich zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status).
3. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014 – 2020.
4. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (tj. danych rasowych i etnicznych, danych dotyczących niepełnosprawności, danych o innej niekorzystnej sytuacji).
5. Zostałem/-am poinformowany/-a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
6. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich przewidzianych dla mnie w projekcie formach wsparcia (doradztwie zawodowym, szkoleniach oraz staż zawodowy), które zostaną wskazane/ zarekomendowane w Indywidualnym Planie Działania. Równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie pisemnie Organizatora Projektu.
7. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie).
8. Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy. Jednocześnie oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym oraz innych dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji zgłoszeniowej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

Miejscowość:	Data:	Czytelny podpis Kandydata / Kandydatki:
Miejscowość:	Data:	Czytelny podpis RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO (w przypadku osób niepełnoletnich)

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW SKŁADANYCH Z FORMULARZEM

Zaświadczenie o średniej ocenie z przedmiotów zawodowych kandydata/ kandydatki – ucznia / uczennicy do udziału w projekcie	<input type="checkbox"/>
Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia (w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego)	<input type="checkbox"/>
Oświadczenie kandydata na uczestnika projektu „ <i>Nowa jakość kształcenia zawodowego</i> ”	<input type="checkbox"/>



Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji do projektu „Nowa jakość kształcenia zawodowego” oraz potwierdzam otrzymanie dokumentu informacyjnego, 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata/ kandydatki

.....
Czytelny podpis RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
(w przypadku osób niepełnoletnich)

Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym udziału w projekcie oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata/ kandydatki

.....
Czytelny podpis RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
(w przypadku osób niepełnoletnich)





WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU:			
DATA WPŁYWU		SPOSÓB DOSTARCZENIA	mailowo / pocztą / osobiście
OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE (IMIĘ I NAZWISKO)			
<i>OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z OKAZANYM DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI</i>			
PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ BENEFICJENTA PROJEKTU			

OŚWIADCZENIE OSOBY APLIKUJĄCEJ O UDZIAŁ W PROJEKCIE RPZP.08.06.00-32-K003/18 „NOWA JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO”

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „Nowa jakość kształcenia zawodowego” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia 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
2. W związku z realizacją procesu rekrutacji do niniejszego projektu przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych Uczestnika projektu: nazwiska i imiona, adres zamieszkania lub pobytu, PESEL, miejsce pracy, zawód, wykształcenie, numer telefonu, wiek, adres email, informacja o bezdomności, sytuacja społeczna i rodzinna, migrant, pochodzenie etniczne, stan zdrowia - zakres zgodny z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
3. Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do dnia zakończenia archiwizacji dokumentacji związanej z realizacją projektu lub wycofania zgody.
4. Administratorem danych osobowych jest ŁĘTOWSKI CONSULTING Szkolenia, Doradztwo, Rozwój Mateusz Łętowski z siedzibą przy ul. Zdrojowej 30A, 43-603 Jaworzno
5. Moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu;
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:
 - 1) Beneficjenta – ŁĘTOWSKI CONSULTING Szkolenia, Doradztwo, Rozwój Mateusz Łętowski z siedzibą przy ul. Zdrojowej 30A, 43-603 Jaworzno,
 - 2) Instytucję Zarządzającą - Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego, w którego imieniu działa Wydział Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego z siedzibą w Szczecinie, ul. Dąbrowskiego 24; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – daneosobowe@slaskie.pl
 - 3) Instytucję Pośredniczącą – Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie, ul. Adama Mickiewicza 41, 71-001 Szczecin; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – iod@wup-katowice.pl
 - 4) instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa.
 - 5) O powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik zostanie poinformowany w drodze pisemnej.
7. Mam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.



8. Mam prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.
10. Wymienione prawa będą traktowane w sposób określony w artykułach 13 do 19 Rozdziału III: „Prawa osoby, której dane dotyczą” rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
11. Podanie moich danych osobowych, o których mowa w pkt 2, jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.
12. Udostępnione dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Miejscowość:	Data:	Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu:
Miejscowość:	Data:	Czytelny podpis RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO (w przypadku osób niepełnoletnich)