



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

pn. „Zwiększenie potencjału szkół zawodowych na Mazowszu”

nr POKL.09.02.00-14-144/13

Formularz prosimy wypełnić drukowanymi literami, a pola wyboru zaznaczyć “X”

I. DANE UCZESTNICZKI / UCZESTNIKA PROJEKTU:

Dane uczestniczki / uczestnika	1.	Imię (Imiona)	
	2.	Nazwisko	
	3.	PESEL (prosimy o uważne wpisanie 11 cyfr)	
	4.	Wykształcenie (podstawowe, gimnazjalne, ponadgimnazjalne, pomaturalne, wyższe)	
	5.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	6.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu lat
	7.	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną <i>pod tym określeniem rozumie się fakt posiadania przez uczestnika projektu pod opieką dziecka do lat 7 lub osoby zależnej, zgodnie z definicją zawartą w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z dnia 1 maja 2004).</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	8.	Ulica Należy podać adres zamieszkania, tzn. taki adres, który umożliwi dotarcie do tej osoby w przypadku kiedy zostanie ona wylosowana do udziału w badaniu ewaluacyjnym.	
	9.	Nr domu <i>j.w.</i>	
	10.	Nr lokalu <i>j.w.</i>	
	11.	Miejscowość <i>j.w.</i>	
	12.	Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
	13.	Kod pocztowy	
	14.	Województwo	
	15.	Powiat	
	16.	Telefon stacjonarny Należy podać numer telefonu kontaktowego, tzn. taki, który umożliwi dotarcie do tej osoby w przypadku kiedy zostanie ona wylosowana do udziału w badaniu ewaluacyjnym.	
	17.	Telefon komórkowy (j.w.)	
	18.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	



DANE DODATKOWE	
Nazwa i adres szkoły	(miejsce na pieczętkę szkoły)
Typ szkoły	<input checked="" type="checkbox"/> technikum <input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa
Kierunek/profil klasy	
klasa	

	KRYTERIA	Podpis poświadczający spełnianie kryterium
1.	<input type="checkbox"/> Kandydat posiada orzeczenie o niepełnosprawności <i>Wypełnia kandydat lub opiekun prawny kandydata</i>	
2.	<input type="checkbox"/> Kandydat posiada opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej <i>Wypełnia kandydat lub opiekun prawny kandydata</i>	
3.	Średnia z ocen kandydata za I półrocze roku szkolnego 2013/2014 <i>Wypełnia wychowawca /podpis we właściwej komórce/</i>	
	<input type="checkbox"/> średnia poniżej 3,0	
	<input type="checkbox"/> średnia równa lub powyżej 3,0, ale poniżej 3,5	
	<input type="checkbox"/> średnia równa lub powyżej 3,5, ale poniżej 4	
	<input type="checkbox"/> średnia równa lub powyżej 4, ale poniżej 4,5	
	<input type="checkbox"/> średnia równa lub powyżej 4,5	
4.	Ocena sytuacji materialnej kandydata <i>Wypełnia kandydat lub opiekun prawny kandydata /podpis we właściwej komórce/</i>	
	<input type="checkbox"/> sytuacja 1 (dochody netto za rok 2013 nieprzekraczające 500,00 zł na jednego członka rodziny miesięcznie)	
	<input type="checkbox"/> sytuacja 2 (dochody netto za rok 2013 nieprzekraczające 800,00 zł, ale większe bądź równe 500,00 zł na jednego członka rodziny miesięcznie)	
	<input type="checkbox"/> sytuacja 3 (dochody netto za rok 2013 nieprzekraczające 1200,00 zł, ale większe bądź równe 800,00 zł na jednego członka rodziny miesięcznie)	
	<input type="checkbox"/> sytuacja 4 (dochody netto za rok 2013 nieprzekraczające 1600,00 zł, ale większe bądź równe 1200,00 zł na jednego członka rodziny miesięcznie)	
	<input type="checkbox"/> sytuacja 5 (dochody netto za rok 2013 nieprzekraczające 2000,00 zł, ale większe bądź równe 1600,00 zł na jednego członka rodziny miesięcznie)	
	<input type="checkbox"/> sytuacja 6 (dochody netto za rok 2013 większe bądź równe 2000,00 zł na jednego członka rodziny miesięcznie)	


II. WYBÓR FORMY WSPARCIA:

	FORMA WSPARCIA		Ilość h
1.	Zajęcia z kompetencji kluczowych:		
	[]	Zajęcia z języka obcego	30 h
	[]	Zajęcia ICT	30 h
	[]	Zajęcia z przedsiębiorczości, (nie dotyczy ZSP6)	30 h
	[]	Zajęcia z nauk matematyczno-przyrodniczych (nie dotyczy ZSP 2, ZSP 6)	30 h
2.	[X]	Doradztwo zawodowe - obowiązkowe dla każdego uczestnika projektu	2 h
3.	[]	Doradztwo pedagogiczno-psychologiczne	2 h
4.	[]	Staż zawodowy	150 h

- Oświadczam, że kandydat/kandydatka nie brali udziału w stażach/praktykach organizowanych w ramach działania 9.2 POKL.
- Oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą oraz że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

..... , dnia

 Czytelny podpis uczestnika projektu

UWAGA: W przypadku formularza zgłoszeniowego osoby niepełnoletniej formularz powinien zostać podpisany zarówno przez daną osobę, jak również jej prawnego opiekuna

 Data i czytelny podpis opiekuna prawnego


LIDER:



Agencja Rozwoju Mazowsza S.A.
03-472 Warszawa, ul. B. Brechta 3,
tel. 022 566 47 75, fax. 0 22 843 83 31,
e-mail: zawodowemazowsze@armsa.pl

PARTNER:



Miasto Siedlce
Skwer Niepodległości 2
tel.: 025 794 37 90 fax.: 0 25 794 37 56
e-mail: we@um.siedlce.pl

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

tytuł projektu: „**Zwiększenie potencjału szkół zawodowych na Mazowszu**”

Janizej podpisany/a
(imię i nazwisko osoby deklarującej przystąpienie do projektu)

deklaruję udział w projekcie pt. „**Zwiększenie potencjału szkół zawodowych na Mazowszu**” nr **POKL.09.02.00-14-144/13**, realizowanym przez Agencję Rozwoju Mazowsza S.A. (Lider Projektu) w Partnerstwie z Miastem Siedlce w ramach Poddziałania 9.2 Podniesienie atrakcyjności i jakości szkolnictwa zawodowego Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Oświadczam, że :

1. jestem uczniem/uczennicą*
(nazwa i numer szkoły),(adres szkoły), klasa
2. zostałam/em poinformowana/y, że w/w Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. zapoznałam/em się z **Regulaminem projektu** i akceptuję jego warunki oraz zobowiązuję się do regularnego udziału w formach wsparcia, do których zostałam/em zakwalifikowana/y a także każdorazowego poświadczania swojej obecności własnoręcznym podpisem na listach obecności. Jednocześnie oświadczam, że spełniam kryteria dotyczące uczestnictwa w projekcie.
4. wyrażam zgodę na ewentualne nieodpłatne wykorzystywanie mojego wizerunku w działaniach informacyjno – promocyjnych związanych z realizacją w/w projektu.

Jednocześnie oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą oraz że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

....., dnia.....

.....
Czytelny popis uczestnika projektu

UWAGA: W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby niepełnoletniej deklaracja musi zostać podpisana zarówno przez daną osobę, jak również jej prawnego opiekuna

.....
Data i czytelny podpis opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić



LIDER:



Agencja Rozwoju Mazowsza S.A.
03-472 Warszawa, ul. B. Brechta 3,
tel. 022 566 47 75, fax. 0 22 843 83 31,
e-mail: zawodowemazowsze@armsa.pl

PARTNER:



Miasto Siedlce
Skwer Niepodległości 2
tel.: 025 794 37 90 fax.: 0 25 794 37 56
e-mail: we@um.siedlce.pl

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do projektu „**Zwiększenie potencjału szkół zawodowych na Mazowszu**” (nr projektu **POKL.09.02.00-14-144/13**), realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki,

ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko uczestnika projektu)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Minister Infrastruktury i Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki – ul. Wspólna 2/4 00-926 Warszawa;
2. moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji niniejszego projektu, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji niniejszego projektu, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
4. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
5. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

....., dnia.....

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

UWAGA: W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby niepełnoletniej deklaracja musi zostać podpisana zarówno przez daną osobę, jak również jej prawnego opiekuna

.....
Data i czytelny podpis opiekuna prawnego

