

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI DO PROJEKTU****„Poszerz@MY horyzonty”****realizowanego przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kielcach**

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI WSZYSTKIE BIAŁE POLA LUB WSTAWIĆ ZNAK „X”)

MIEJSCE REALIZACJI:☐ Centrum Kształcenia Zawodowego w Miechowie ul. Ks. Skorupki 3

I. Dane Uczestnika/Uczestniczki Projektu		
1	Imię (imiona)	
2	Nazwisko	
3	PESEL	
4	Data urodzenia	
5	Wiek w chwili złożenia formularza	
6	Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
7	Obywatelstwo	☐ polskie ☐ obywatel kraju UE ☐ obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
8	Wykształcenie	☐ wyższe (ISCED 5-8) ☐ policealne (ISCED 4) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) ☐ gimnazjalne (ISCED 2) ☐ podstawowe (ISCED 1) ☐ niższe niż podstawowe (ISCED 0)
II. Adres zamieszkania/dane kontaktowe		
9	Kraj	
10	Województwo	

11	Powiat	
12	Gmina	
13	Miejscowość	
14	Kod pocztowy	
15	Ulica, nr budynku /Nr lokalu	
16	Telefon kontaktowy	
17	Adres e-mail	
III. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu		
Oświadczam, że jestem osobą (proszę zaznaczyć właściwe znakiem „X”):		
18	PRACUJĄCĄ	☐ TAK ☐ NIE
19	Miejsce pracy i wykonywany zawód (dotyczy osób pracujących)	
20	BIERNĄ ZAWODOWO – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna - zarejestrowana lub nie - w urzędzie pracy, do tej grupy osób należą m. in. emeryci i renciści)	☐ TAK, w tym: ☐ osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu ☐ ucząca się/odbywająca kształcenie ☐ inne ☐ NIE
21	BEZROBOTNĄ	☐ TAK, w tym: ☐ długotrwale bezrobotną ☐ NIE
IV. Dane dodatkowe		
24	Osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE
25	Osoba państwa trzeciego	☐ TAK ☐ NIE
26	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
27	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK ☐ NIE

28	Osoba z niepełnosprawnościami	☐ TAK (należy załączyć orzeczenie) w jakim stopniu: ☐ lekkim ☐ umiarkowanym ☐ znacznym ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
----	-------------------------------	--

V. Specyficzne potrzeby wynikające z niepełnosprawności	
Sala bez barier architektonicznych	☐ TAK ☐ NIE
Dostosowanie infrastruktury komputerowej	☐ TAK ☐ NIE
Dostosowanie akustyczne	☐ TAK ☐ NIE
Specyficzne potrzeby żywieniowe	☐ TAK ☐ NIE
Alternatywne formy przygotowania materiałów szkoleniowych	☐ TAK ☐ NIE
Inne:	

OBLIGATORYJNY rodzaj wsparcia dla wszystkich Uczestników Projektu (obejmuje wszystkich Uczestników Projektu)
1. INDYWIDUALNE SPOTKANIA Z DORADCA ZAWODOWYM – indywidualne spotkania 2. USŁUGI Z ZAKRESU MENTORINGU – wsparcie przez cały okres trwania projektu 3. WARSZTATY - E-obywatel - Podstawowa obsługa komputera - Zagrożenia w sieci internetowej - Rozumowanie i tworzenie informacji

Jakich korzyści oczekuje Pan(i) po uczestnictwie w Projekcie (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)?	
☐ utwierdzi w przekonaniu o potrzebie ustawicznego szkolenia i kształcenia ☐ będzie etapem do dalszego kształcenia ☐ zwiększenie jakości życia ☐ zwiększenie jakości funkcjonowania w społeczeństwie i na rynku pracy	
Źródło informacji o Projekcie (np. prasa, radio, telewizja, Internet, plakaty, ulotki itp.):	

.....
Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy

Zapoznałam/em się z zasadami udziału zawartymi w Regulaminie uczestnictwa w Projekcie pn. „Poszerz@MY horyzonty”

Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej - Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Jestem świadoma(y), że złożenie formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie oraz, że złożony formularz nie podlega zwrotowi.

Wyrażam / Nie wyrażam* zgodę/y na publikację zdjęć/nagrań z projektu z moim udziałem w celu upowszechniania wiedzy i informacji na temat realizowanego Projektu w szczególności na stronie internetowej ZDZ w Miechowie oraz portalach społecznościowych (Facebook) oraz na innych materiałach promocyjnych Projektu.

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, mniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy
(imię i nazwisko)

*niepotrzebne skreślić

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO przez pracownika ZDZ

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis pracownika ZDZ
Załącznik do Formularza Zgłoszeniowego w Projekcie
„Poszerz@MY horyzonty”