

Załącznik nr 1 do Regulaminu
Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Czas na KWALIFIKACJE”
dla Zespołu Szkół nr 12 w Koszalinie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Czas na KWALIFIKACJE”

realizowanego w ramach RPO W Z 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Edukacja
Działanie 8.8 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów
uczestniczących w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach
kształcenia w ramach strategii ZIT dla Koszalińsko-KołobrzESCO-Białogardzkiego Obszaru
Funkcjonalnego

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

(podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna
z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu)

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ "X".

1. Informacja o miejscu nauki uczestników indywidualnych:																					
Nazwa szkoły:																					
Typ szkoły (właściwe zaznacz znakiem x):	<input type="checkbox"/> Technikum <input type="checkbox"/> Szkoła branżowa I stopnia																				
Kierunek kształcenia (zawód):											Klasa:										
2. Dane kandydata/kandydatki:																					
Kraj zamieszkania																					
Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji / podmiotu																				
Imię:																					
Nazwisko:																					
PESEL:													Płeć:	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M							
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:											Data urodzenia:			-			-				
Wykształcenie (właściwe zaznaczyć znakiem x):																					
<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED3) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)																					
Adres zamieszkania																					

Województwo:		Ulica:	
Powiat:		Nr budynku:	
Gmina:		Numer lokalu:	
Miejscowość zamieszkania:		Kod pocztowy:	

Obowiązkowe dane kontaktowe - w przypadku osób niepełnoletnich – można podać dane kontaktowe do rodziców / opiekunów prawnych

UWAGA: w przypadku uczniów należy podać co najmniej jedną z poniższych informacji, nauczyciele zobowiązani są do wskazania obu informacji.

Telefon kontaktowy (stacjonarny lub komórkowy) Uczestnika projektu:

Adres poczty elektronicznej:

3. Dane dodatkowe kandydata/kandydatki:

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

☐ osoba bierna zawodowo
☐ osoba pracująca

Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia (w przypadku uczniów):

Osoba z niepełnosprawnościami:

☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji

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 w niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):

☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji

4. Preferowane ścieżki wsparcia kandydata/kandydatki: (właściwe zaznaczyć znakiem x)

Kategoria uczestników	Zawód	Formy wsparcia	Wybór kandydata
UCZNIOWIE	KUCHARZ	- Doradztwo zawodowe indywidualne i grupowe	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		- Staż uczniowski u pracodawcy,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		-Zajęcia z języka obcego zawodowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Zajęcia przygotowujące do egzaminu zawodowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		-Kurs barmański I st. nadający kwalifikacje	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		-Szkolenie z produkcji wyrobów cukierniczych i zdobnictwa cukierniczego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		-Warsztaty gastronomiczne "Kuchnia wegetariańska"	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		-Wizyty studyjne w przedsiębiorstwie z branży przetwórstw spożywczych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	PRACOWNIK	-Doradztwo zawodowe indywidualne i grupowe	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

	POMOCNICZY OBSŁUGI HOTELOWEJ	- Staż uczniowski u pracodawcy,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		- Zajęcia z języka obcego zawodowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		-Szkolenie w zakresie technik aranżacji wnętrz pokojów hotelowych -dekoracje z ręczników, zasłon, łas w słoiku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		-Kurs projektowania i pielęgnacji ogrodu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		-Szkolenie w zakresie technik aranżacji wnętrz pokojów hotelowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Nauczyciele	KUCHARZ	-Szkolenie z zakresu pomocy i metod pracy z uczniami z zaburzeniami psychicznymi dla nauczycieli	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	KUCHARZ	-Szkolenie w zakresie nowoczesnych technik kulinarnych-wykorzystywanie nowych technologii w sporządzaniu potraw	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	PRACOWNIK POMOCNICZY OBSŁUGI HOTELOWEJ	-Szkolenie z zakresu pomocy i metod pracy z uczniami z zaburzeniami psychicznymi dla nauczycieli	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	PRACOWNIK POMOCNICZY OBSŁUGI HOTELOWEJ	-Szkolenie z aranżacji wnętrz pokoi hotelowych (dekoracje z ręczników,zasłon,łas w słoiku)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

5. Specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie:

Czy kandydat jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy kandydat ma specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie, wynikające np. z niepełnosprawności?	

.....
 (miejscowość i data)

.....
 (czytelny podpis kandydata)

.....
 (czytelny podpis opiekuna prawnego)*

***wymagany w przypadku, gdy kandydat jest osobą niepełnoletnią.**

Wynik rekrutacji (wypełnia szkoła)		
Kandydat/kandydatka zakwalifikowany/a do udziału w projekcie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Data:		
Czytelny podpis Szkolnego Koordynatora Projektu / Dyrektora Szkoły:		