



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE-nauczyciel „Podniesienie efektywności i jakości kształcenia zawodowego w Zespole Szkół w Wąbrzeźnie”

Ja, niżej podpisana/y
Imię(imiona) i nazwisko PESEL

deklaruję udział w projekcie pt. „Podniesienie efektywności i jakości kształcenia zawodowego w Zespole Szkół w Wąbrzeźnie” FEKP.08.28-IZ.00-0003/24 realizowanym przez Powiat Wąbrzeski.

Projekt współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego Działania 08.28 Kształcenie zawodowe OPPT Celu szczegółowego: 4.F Wspieranie równego dostępu do dobrej jakości, włączającego kształcenia i szkolenia oraz możliwości ich ukończenia, w szczególności w odniesieniu do grup w niekorzystnej sytuacji, od wczesnej edukacji i opieki nad dzieckiem przez ogólne i zawodowe kształcenie i szkolenie, po szkolnictwo wyższe, a także kształcenie i uczenie się dorosłych, w tym ułatwianie mobilności edukacyjnej dla wszystkich i dostępności dla osób z niepełnosprawnościami programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027.

W razie konieczności zrezygnowania z udziału w projekcie, zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia o tym fakcie Koordynatora szkolnego wraz ze wskazaniem uzasadnienia.

Jednocześnie:

1. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Podniesienie efektywności i jakości kształcenia zawodowego w Zespole Szkół w Wąbrzeźnie” i zobowiązuję się do respektowania zawartych w nim postanowień.
2. Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
3. Jestem świadoma/y, że koszt mojego uczestnictwa w projekcie pokrywany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt pt. „Podniesienie efektywności i jakości kształcenia zawodowego w Zespole Szkół w Wąbrzeźnie” jest współfinansowany Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz Budżetu Państwa w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027.
5. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu, w tym dotyczących uzyskania zatrudnienia po zakończeniu udziału w projekcie.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku wyłącznie na potrzeby realizacji projektu i jego promocji oraz informuję, iż z tego tytułu nie będę żądać wynagrodzenia finansowego.
7. Zostałam poinformowany/a o celu zbierania danych osobowych oraz obowiązku ich poprawiania.
8. Oświadczam, że dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w projekcie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
9. Oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(Data, czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)*

.....
(Data, czytelny podpis uczestnika)

*Obowiązkowe, w przypadku deklaracji uczestnictwa osoby niepełnoletniej



FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„Podniesienie efektywności i jakości kształcenia zawodowego w Zespole Szkół w Wąbrzeźnie”
numer FEKP.08.28-IZ.00-0003/24

	Lp.	Nazwa
Dane uczestnika	1	Imię (imiona) Nazwisko
	2	Data urodzenia Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w latach)
	3	Płeć (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	4	PESEL
	5	Wykształcenie:
	6.	Obywatelstwo (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpieczeństwa
	7	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana u ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca W tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
	7	Wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
8.	Zatrudniony w :	
Dane kontaktowe	9	Kraj Województwo
	11	Powiat Gmina
	12	Miejscowość Kod pocztowy
	13	Obszar (zaznacz na jakim obszarze leży miejscowość wymieniona w punkcie 8) <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
	14	Telefon komórkowy *: e-mail * :
*Aby brać udział w projekcie należy wypełnić obowiązkowo		



Status osoby w chwili przystąpienia do projektu	15	Jestem osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
		Jestem osobą państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
		Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Jestem osobą bierną zawodową	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
		w tym osoba uczącą się /odbywającą kształcenie	<input type="checkbox"/>		
		w tym osobą nie uczącą się w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/>		
		inne	<input type="checkbox"/>		

Wybór formy wsparcia	16	<input type="checkbox"/> Wsparcie dla nauczycieli <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Studia podyplomowe - Dietetyka- 1 nauczyciel. <input type="checkbox"/> Studia podyplomowe na kierunku Seksuologia-1 nauczyciel. <input type="checkbox"/> Studia podyplomowe- Nauczanie przedmiotów zawodowych w ramach branży handlowej (HAN)-1 nauczyciel <input type="checkbox"/> Szkolenie dla nauczycieli - Edukacja włączająca wprowadzenie- 20 nauczycieli. <input type="checkbox"/> Kurs spawania metodą MAG i MIG dla nauczyciela zajęć praktycznych mechanik-monter -1 nauczyciel
Dodatkowe	17	Oświadczam, że wyżej wybrane przeze mnie formy wsparcia odpowiadają na moje indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz są zgodne z moimi możliwościami psychofizycznymi.

.....dnia.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika