



**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**  
**„Podniesienie jakości kształcenia ogólnego w Zespole Szkół Ogólnokształcących 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.08.27-IZ.00-0009/24 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 08.27 Kształcenie ogólne 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 jakości kształcenia ogólnego w Zespole Szkół Ogólnokształcących 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 jakości kształcenia ogólnego w Zespole Szkół Ogólnokształcących 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.08.27-IZ.00-0009/24**

	Lp.	Nazwa
<b>Dane uczestnika</b>	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: <input type="checkbox"/> .....
	6.	Obywatelstwo ( zaznaczyć 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/ bezpaństwowiec
	7	<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:</b> <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 <b>W tym:</b> <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	<b>Wykonywany zawód:</b> <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 :	
<b>Dane kontaktowe</b>	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 * ..... <input type="checkbox"/> Nie posiadam <input type="checkbox"/> Nie posiadam
*Aby brać udział w projekcie należy wypełnić obowiązkowo		



<b>Status osoby w chwili przystąpienia do projektu</b>	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 ucząca się /odbywającą kształcenie	<input type="checkbox"/>	
		w tym osobą nie uczącą się w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/>	
		inne	<input type="checkbox"/>	

<b>Wybór formy wsparcia</b>	16	<input type="checkbox"/> <b>Wsparcie dla nauczycieli</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Szkolenie - "Dzieci niepełnosprawne w warunkach szkoły ogólnodostępnej"</li> <li><input type="checkbox"/> Szkolenie - "Praca z dzieckiem z orzeczeniem w warunkach szkoły ogólnodostępnej - co i jak prawnie i terapeutycznie"</li> <li><input type="checkbox"/> Szkolenie - "Edukacja włączająca - wprowadzenie"</li> <li><input type="checkbox"/> Szkolenie - "Wspieranie uczniów w zakresie właściwego postępowania oraz radzenia sobie z emocjami"</li> <li><input type="checkbox"/> Szkolenie - "Zagrożenia i zachowania ryzykowne w mediach cyfrowych"</li> <li><input type="checkbox"/> Szkolenie - "Sztuczna Inteligencja"</li> <li><input type="checkbox"/> Studia podyplomowe "Cyberuzależnienia"</li> <li><input type="checkbox"/> Studia podyplomowe "Etyka z filozofią"</li> </ul>
<b>Dodatkowe</b>	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