



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 jakości kształcenia ogólnego w Zespole Szkół Ogólnokształcących 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, zobowiązuje 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 zobowiązuje 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 poinformowana/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 jakości kształcenia ogólnego w Zespole Szkół Ogólnokształcących w Wąbrzeźnie”

FEKP.08.27-IZ.00-0009/24

	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 (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> ISED 1 podstawowe <input type="checkbox"/> inne:	
	6	Szkoła (zaznacz właściwe): Zespół Szkół Ogólnokształcących w Wąbrzeźnie <input type="checkbox"/> Liceum Ogólnokształcące Klasa	
	7	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	
Dane kontaktowe	8	Kraj	Województwo
	9	Powiat	Gmina
	10	Miejscowość	Kod pocztowy
	11	Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia	
	12	Obszar (zaznacz na jakim obszarze leży miejscowość wymieniona w punkcie 10) <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski	
	13	Telefon komórkowy *	e-mail *
	*Aby brać udział w projekcie należy wypełnić obowiązkowo		
Status osoby w chwili przystąpienia do projektu	14	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
	15	Jestem osobą bierną zawodowo	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	15	<input type="checkbox"/> Staże
Dodatkowe	16	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

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
- **obowiązkowe w przypadku uczestników niepełnoletnich**