Załącznik nr 1 do Regulaminu

Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Moją perspektywą-ZAWÓD!”

Centrum Kształcenia Ustawicznego im. St. Staszica w Koszalinie

Szkoła Policealna dla Dorosłych

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Moją perspektywą-ZAWÓD!”**

realizowanego w ramach RPO WZ 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Edukacja

Działanie 8.6 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących

w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia zawodowego

# 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. Dane kandydata/kandydatki:** |
| Rodzaj uczestnika | X Indywidualny □ Pracownik instytucji / podmiotu |
| Nazwisko: |  |
| Imię/Imiona: |  |
| Data urodzenia: |  | Wiek w chwili przystąpienia do projektu: |  |
| PESEL: |  |
| Płeć (właściwe zaznaczyć znakiem x): | Wykształcenie (właściwe zaznaczyć znakiem x): |
| □K □M | □ Podstawowe □ Gimnazjalne □ Ponadgimnazjalne □ Wyższe |
| Miejscowość zamieszkania: |  | Kod pocztowy: |  |
| Ulica: |  | Gmina: |  |
| Nr domu: |  | Powiat: |  |
| Numer lokalu: |  | Województwo: |  |
| Kraj zamieszkania: |  |
| Telefon kontaktowy (stacjonarny lub komórkowy) Uczestnika projektu: |  |
| Adres poczty elektronicznej: |  |
| **2. Informacja o miejscu nauki uczestników indywidualnych:** |
| Nazwa szkoły:  | Centrum Kształcenia Ustawicznego im. St. Staszica w Koszalinie Szkoła Policealna dla Dorosłych |
| Typ szkoły (właściwe zaznacz znakiem x):  | x Szkoła Policealna |
| Kierunek kształcenia, (zawód): | Technik masażysta | Klasa: | 1 |
| Adres szkoły (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):  | 75 – 452 Koszalin, ul. Jana Pawła II 17 |
| Organ prowadzący szkołę: | Gmina Miasto Koszalin |
| **3. Informacja o pracowniku instytucji / podmiotu:** |
| Nazwa instytucji / podmiotu:  |  |
| Adres instytucji / podmiotu(kod pocztowy, poczta, (miejscowość, ulica, nr budynku):  |  |
| Organ prowadzący szkołę: | Gmina Miasto Koszalin |
| **4. Preferowane formy wsparcia kandydata/kandydatki: (właściwe zaznaczyć znakiem x)** |
| 1. Zajęcia dodatkowe / szkolenia / kursy / kierunki kształceniadla uczniów:
 | a) Kurs na wychowawcę / kierownika wypoczynku | X TAK □ NIE  |
| b) Kurs masażysty Spa&Wellnes | X TAK □ NIE |
| c) Kurs Kinezjotapingu | X TAK □ NIE |
| d) Kurs prawa jazdy „Kategorii B” | □ TAK □ NIE |
| e) Kurs „Otwieranie działalności gospodarczej” | X TAK □ NIE |
| 1. Staż / praktyka zawodowa:
 | □ TAK X NIE |
| 1. Poradnictwo zawodowe:
 | 1. Grupowe doradztwo zawodowe
 | X TAK □ NIE |
| 1. Indywidualne doradztwo zawodowe
 | X TAK □ NIE |
| **5. Dane dodatkowe kandydata/kandydatki:** |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | □ osoba bierna zawodowo□ osoba pracująca |
| Osoba z niepełnosprawnościami: | □ TAK □ NIE |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: | □ TAK □ NIE |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: | □ TAK □ NIE |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu: | □ TAK □ NIE |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostającej na utrzymaniu: | □ TAK □ NIE |
| Osoba w niekorzystanej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej): | □ TAK □ NIE |
| **6. Specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie:** |
| Czy kandydat jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?  | □ TAK □ NIE |
| Czy kandydat ma specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie? |  |

.................................................................. ………………………………………………………………..…

*(miejscowo*ść *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 □ | NIE □ |
| **Data rozpoczęcia udziału w projekcie:** |  |
| **Data:** |  |
| **Czytelne podpisy członków Komisji rekrutacyjnej:** |