Załącznik nr 1 do Regulaminu

Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Czas na ZAWODOWCA”

dla Centrum Kształcenia Ustawicznego im. St. Staszica w Koszalinie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU   
„Czas na ZAWODOWCA”**

realizowanego w ramach RPO WZ 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-Kołobrzesko-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. Dane kandydata/kandydatki:** | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj uczestnika | □ 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 | | | | | | | | | | | |
| Typ szkoły (właściwe zaznacz znakiem x): | | | | | □ Technikum □ Szkoła Zawodowa **X** Kształcenie w ramach KKZ | | | | | | | |
| Kierunek kształcenia, (zawód): | | | | | Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy M.19 Użytkowanie obrabiarek skrawających zawód: Technik mechanik  Operator obrabiarek skrawających | | | | | Grupa: | | K 54 M.19 |
| Adres szkoły (kod pocztowy, poczta,  miejscowość, ulica, nr budynku): | | | | | ul. Jana Pawła II17 , 75-405 Koszalin | | | | | | | |
| Organ prowadzący szkołę: | | | | | Gmina Miasto Koszalin | | | | | | | |
| **3. Informacja o pracowniku instytucji / podmiotu:** | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa instytucji / podmiotu: | | | | | Centrum Kształcenia Ustawicznego im. St. Staszica | | | | | | | |
| Adres instytucji / podmiotu (kod pocztowy, poczta,  (miejscowość, ulica, nr budynku): | | | | | ul. Jana Pawła II17 , 75-405 Koszalin | | | | | | | |
| Organ prowadzący szkołę: | | | | | Gmina Miasto Koszalin | | | | | | | |
| **4. Preferowane formy wsparcia kandydata/kandydatki: (właściwe zaznaczyć znakiem x)** | | | | | | | | | | | | |
| 1. Zajęcia dodatkowe / szkolenia / kursy / kierunki kształcenia dla uczniów/ słuchaczy: : | | 1. Kurs spawania | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Szkolenie z zakresu nowoczesne systemów sterowania HEIDENHAIN | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Szkolenie z zakresu nowoczesnych systemów sterowania SINUMERIC | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Szkolenie z zakresu nowoczesne systemów sterowania MTS | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Kurs konstruowania i projektowania | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Szkolenie z zakresu nowoczesnych narzędzi skrawających | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Szkolenie z zakresu wspomagania wytwarzania CAM | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Kurs konstruowania i projektowania bryłowego INVENTOR | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Kurs w formie e-larningu w zakresie podstaw obsługi obrabiarek CNC | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Poradnictwo zawodowe: | | 1. Grupowe doradztwo zawodowe | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Indywidualne doradztwo zawodowe | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Formy wsparcia dla nauczycieli: | | 1. Kurs zaawansowany CAD | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Kurs zaawansowany CAM | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 1. Kurs zaawansowany CNC | | | | | | | | | □ 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 niekorzystnej 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? | | | | |  | | | | | | | |

Koszalin, .................................. ………………………………………………………………..…

*(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:** | | |