

Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Projekt promuje równe szanse kobiet i mężczyzn oraz jest dostępny dla osób z niepełnosprawnościami

FORMULARZ APLIKACYJNY DLA UCZNIĄ

Formularz prosimy wypełniać CZYTELNIE !!! Złożenie formularza na nieodpowiednim wzorze, nie wypełnienie wszystkich wymaganych punktów Formularza lub nie złożenie wymaganych podpisów będzie skutkować odrzuceniem Formularza z przyczyn formalnych.	Numer formularza: U/...../08.06/ZCKZiU/2022
	Data wpływu formularza: □□-□□-20□□ r.
Tytuł projektu: „Podniesienie jakości kształcenia w Zachodniopomorskim Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Szczecinie poprzez wdrożenie kompleksowego programu wsparcia opartego na potrzebach współczesnego rynku pracy” WYŻSZA SZKOŁA INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ, ul. Mickiewicza 47, pok. 111, 70-385 Szczecin, tel. 91 350 06 41, www.wsie.pl, e-mail: rektorat@wsie.pl	Nr projektu: RPZP.08.06.00-32-K027/20 Oś priorytetowa: 8. 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. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

1. DANE OSOBOWE

Imię (imiona):		Nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	□□-□□-□□□□		
Województwo urodzenia: (według nowego podziału)			
PESEL:	□□□□□□□□□□	<input type="checkbox"/> brak PESEL	
Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)			
Telefony komórkowy:		Telefon stacjonarny:	
E-mail:			
Płeć (zaznaczyć właściwy „X”):	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		

2. Miejsce zamieszkania¹/Dane kontaktowe (należy podać adres zamieszkania, który umożliwi również dotarcie do uczestnika projektu)

Ulica ² :	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Województwo:
Gmina:	Powiat:	Kraj:
Obszar zamieszkania (zaznaczyć właściwy „X”):	<input type="checkbox"/> obszar miejski pow. 50 000 tys. <input type="checkbox"/> obszar wiejski /miejsko-wiejski pow. 5 000 tys. <input type="checkbox"/> obszar wiejski poniżej 5 000 tys.	

3. ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić, jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania)

Ulica ² :	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Województwo:
Gmina:	Powiat:	Kraj:

¹ Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

² W przypadku braku ulicy wpisać miejscowość

4. STATUS KANDYDATA/-KI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)

Oświadczam, że:	<input type="checkbox"/> jestem osobą bierną zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osobą uczącą się <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> jestem osobą pracującą, w tym: <input type="checkbox"/> osobą pracującą w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osobą pracującą w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osobą pracującą w MMŚP <input type="checkbox"/> osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osobą pracującą w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osobą prowadzącą własną działalność <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osobą długotrwale bezrobotną <input type="checkbox"/> inne	
	<input type="checkbox"/> jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osobą długotrwale bezrobotną <input type="checkbox"/> inne	
	Jestem zatrudniona/y w: /jeśli dotyczy/ Wykonuję zawód: /jeśli dotyczy/	
	<input type="checkbox"/> jestem uczniem Szkoły ZCKZiU w Szczecinie uczącym się na kierunku Opiekun Medyczny	<input type="checkbox"/> jestem uczniem Szkoły ZCKZiU w Szczecinie uczącym się na kierunku Opiekun w Domu Pomocy Społecznej

jestem uczniem Szkoły ZCKZiU w Szczecinie uczącym się na kierunku

5. DODATKOWE INFORMACJE:

Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności³ albo inny dokument, o którym mowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (zaznaczyć właściwy „X”)⁴ <i>Osoba posiadająca orzeczony stopień niepełnosprawności zobowiązana jest dostarczyć kserokopię orzeczenia.</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Kod niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> 01 – U <input type="checkbox"/> 02 – P <input type="checkbox"/> 03 – L <input type="checkbox"/> 04 – O <input type="checkbox"/> 05 – R <input type="checkbox"/> 06 – E <input type="checkbox"/> 07 – S <input type="checkbox"/> 08 – T <input type="checkbox"/> 09 – M <input type="checkbox"/> 10 – N <input type="checkbox"/> 11 – I <input type="checkbox"/> 12 – C
Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki

³ Osoba z niepełnosprawnościami – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z póź. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr. 231, poz.1375).

⁴ Dane wrażliwe – Kandydat/ka ma prawo odmowy danych wrażliwych. Odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu.

Jakie konieczne usprawnienia ze względu na Pani/Pana niepełnosprawność należy wprowadzić, aby umożliwić Pani/Panu udział w projekcie?

.....

.....

.....

.....

6. WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia)

Oświadczam, iż posiadam wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne
	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne
	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe

7. STATUS KANDYDATA/-KI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU⁵ (należy zaznaczyć właściwe pola)

Czy jest Pani/n osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?

tak nie odmowa podania informacji

Czy jest Pani/n osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

tak nie

Czy jest Pani/n osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?

tak nie odmowa podania informacji

Ja, niżej podpisany/-a uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata/-ki

⁵ Dane podane w poniższej tabeli są wykazywane przez Beneficjenta w systemie teleinformatycznym. Dane wykazane w tabeli 8. Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu nie mają wpływu na zakwalifikowanie kandydata do projektu.

Oświadczenia Kandydata/-ki

1. Oświadczam, że:

- zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w projekcie „Podniesienie jakości kształcenia w Zachodniopomorskim Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Szczecinie poprzez wdrożenie kompleksowego programu wsparcia opartego na potrzebach współczesnego rynku pracy” realizowanym przez Wyższą Szkołę Integracji Europejskiej w partnerstwie Business Flow Izabela Szpon;
- zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Podniesienie jakości kształcenia w Zachodniopomorskim Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Szczecinie poprzez wdrożenie kompleksowego programu wsparcia opartego na potrzebach współczesnego rynku pracy” jest współfinansowany ze środków EFS;
- zapoznałem(-łam) się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* i akceptuję wszystkie jego warunki i postanowienia;
- w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu.

2. Oświadczam, że jestem (należy zaznaczyć właściwe pole „X”):

- uczniem Szkoły ZCKZiU uczącym się na kierunku Opiekun Medyczny, jednocześnie zamieszkuję w rozumieniu KC na terenie województwa zachodniopomorskiego;
- uczniem Szkoły ZCKZiU uczącym się na kierunku Opiekun w Domu Pomocy Społecznej, jednocześnie zamieszkuję w rozumieniu KC na terenie województwa zachodniopomorskiego;
- uczniem Szkoły ZCKZiU uczącym się na kierunku, jednocześnie zamieszkuję w rozumieniu KC na terenie województwa zachodniopomorskiego;

3. Oświadczam, że jestem (należy zaznaczyć właściwe pola „X”, można zaznaczyć więcej niż jedno pole)⁶:

- mężczyzną osobą z niepełnosprawnościami³

Ja, niżej podpisany/-a uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniach są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata/-ki

Ja, niżej podpisany/-a deklaruje:

- Uczestnictwo w projekcie „Podniesienie jakości kształcenia w Zachodniopomorskim Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Szczecinie poprzez wdrożenie kompleksowego programu wsparcia opartego na potrzebach współczesnego rynku pracy” realizowanym przez Wyższą Szkołę Integracji Europejskiej w partnerstwie Business Flow Izabela Szpon, po pozytywnym przejściu procesu rekrutacji.
- Udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu.
- Czynny udział w formach wsparcia wynikających z Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

Ja, niżej podpisany/-a uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne z prawdą i zobowiązuje się do bezzwłocznego informowania o jej zmianie.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata/-ki

⁶ Kryteria decydujące o ilości punktów premiujących