



Załącznik nr 1: FORMULARZ REKRUTACYJNY

		Data wpływu																					
		Podpis osoby przyjmującej																					
TYTUŁ PROJEKTU: „Doskonalenie umiejętności, kompetencji i kwalifikacji kadr i uczniów ZSCKR w Nowym Targu” numer projektu: FEMP.06.11-IP-0128/24-00																							
WYPEŁNIA UCZEŃ/UCZENNICA – KANDYDAT/KANDYDATKA NA UCZESTNIKA PROJEKTU																							
nazwisko																							
imię																							
pesel	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
<input type="checkbox"/> Brak																							
płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna																						
POSIADAM STATUS UCZNIA ZSCKR w Nowym Targu – klasa:																							
TYP SZKOŁY	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agrobiznesu <input type="checkbox"/> Architektury krajobrazu <input type="checkbox"/> Technologii żywności <input type="checkbox"/> Turystyki na obszarach wiejskich <input type="checkbox"/> Weterynarii <input type="checkbox"/> Żywienia i usług gastronomicznych <input type="checkbox"/> BRANŻOWA SZKOŁA I STOPNIA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cukiernik <input type="checkbox"/> Kucharz 																						
Średnia ocen z przedmiotów zawodowych w roku szkolnym poprzedzającym rekrutację:	Ocena z zachowania w roku szkolnym poprzedzającym rekrutację:	Podpis wychowawcy:																					
Zaświadczam, że kandydat/kandydatka na uczestnika projektu jest uczniem/uczennicą ZSCKR w Nowym Targu (pieczęć i podpis osoby reprezentującej szkołę):																							
_____ _____																							
ADRES ZAMIESZKANIA																							
ulica																							
nr budynku/lokalu																							

miejsowość			
kod pocztowy			
gmina			
powiat			
województwo			
DANE KONTAKTOWE			
telefon kontaktowy			
adres e-mail			
Oświadczam, że:			
Jestem osobą niepełnosprawną (załączam orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia):	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Należę do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych tj. Romowie:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Należę do osób w kryzysie bezdomności lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Doskonalenie umiejętności, kompetencji i kwalifikacji kadr i uczniów ZSCKR w Nowym Targu” oświadczam, że nie biorę udziału w innym projekcie aktywizacji społeczno-zawodowej finansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz zobowiązuję się, że do momentu zakończenia wsparcia w ww. projekcie nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji społeczno-zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu lub Przedstawiciela
prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej

OŚWIADCZENIA:

- 1) Ja, niżej podpisany/-a, oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pod nazwą „Doskonalenie umiejętności, kompetencji i kwalifikacji kadr i uczniów ZSCKR w Nowym Targu”.
- 2) Ja, niżej podpisany/-a, świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane podane w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu lub Przedstawiciela
prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej