**Załącznik nr 1 Formularz zgłoszeniowy**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**(WYPEŁNIA UCZEŃ/UCZENNICA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZ. I DANE KANDYDATA/KANDYDATKI** | | | | | | | | | | |
| Imię (imiona) |  | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | |
| PESEL |  | | | | | | | | | |
| Wiek |  | | | | | | | | | |
| Obywatelstwo |  | | | | | | | | | |
| Płeć | ☐ Kobieta | | | | | ☐ Mężczyzna | | | | |
| Adres zamieszkania | Województwo: | | | | | | | | | |
| Powiat: | | | | | | | | | |
| Gmina: | | | | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | | | | |
| Ulica: | | | | | | | | | |
| Numer budynku: | | | | Numer lokalu: | | | | | |
| Kod pocztowy: | | | | | | | | | |
| Numer telefonu |  | | | | | | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | | | | | | |
| *(w przypadku osób niepełnoletnich)*  Numer telefonu rodzica/opiekuna prawnego | |  | | | | | | | | |
| Czy miejsce zamieszkania i nauczania kandydata/kandydatki znajduje się na terenie Dolnego Śląska? | | ☐ TAK | | | | | | ☐ NIE | | |
| Nazwa szkoły, do której uczęszcza kandydat/kandydatka |  | | | | | | | | | |
| Klasa |  | | | | | | | | | |
| Kierunek kształcenia |  | | | | | | | | | |
| Branża w jakiej kształci się kandydat/kandydatka |  | | | | | | | | | |
| Czy kandydat/kandydatka jest osobą bierną zawodowo? | ☐ TAK | | | | | ☐ NIE | | | | |
| Czy kandydat/kandydatka pochodzi z rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym?  *Za rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym należy uznać takie, które korzystają ze świadczeń z pomocy społecznej, np. pobierają zasiłek celowy, okresowy, rodzinny lub funduszu alimentacyjnego.*  *W przypadku zaznaczenia „TAK” należy dołączyć do formularza stosowne decyzje wydawane przez ośrodki pomocy społecznej lub zaświadczenia o korzystaniu z pomocy finansowej bądź niepieniężnej z tych ośrodków.* | | | ☐ TAK | | | | ☐ NIE | | | ☐ Odmowa podania informacji |
| Czy kandydat/kandydatka posiada orzeczenie o niepełnosprawności? | ☐ TAK | | | ☐ NIE | | | | | ☐ Odmowa podania informacji | |
| Czy kandydat/kandydatka posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność? | ☐ TAK | | | ☐ NIE | | | | | ☐ Odmowa podania informacji | |
| Czy kandydat/kandydatka pochodzi z obszarów wiejskich? | ☐ TAK | | | ☐ NIE | | | | | ☐ Odmowa podania informacji | |
| Czy kandydat/kandydatka przynależy do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest migrantem, osobą obcego pochodzenia? | ☐ TAK | | | ☐ NIE | | | | | ☐ Odmowa podania informacji | |
| Czy kandydat/kandydatka jest osobą państwa trzeciego? | ☐ TAK | | | ☐ NIE | | | | | ☐ Odmowa podania informacji | |
| Czy kandydat/kandydatka jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań? | ☐ TAK | | | ☐ NIE | | | | | ☐ Odmowa podania informacji | |
| Czy kandydat/kandydatka posiada specjalne potrzeby szkoleniowe? | ☐ TAK | | | ☐ NIE | | | | |  | |
| Jeżeli tak to jakie?  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |

**BADANIE MOTYWACYJNE, KTÓRE NIE MA WPŁYWU NA WYNIK REKRUTACJI**

**(WYPEŁNIA UCZEŃ/UCZENNICA)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZ. II MOTYWACJA I GOTOWOŚĆ KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | |
| W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie, jestem zainteresowany/a uczestnictwem:  ☐ w kursie lub szkoleniu branżowym i/lub zawodowym o następującej tematyce: | | | | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| Przeczytaj uważnie wszystkie stwierdzenia i zakreśl jedną spośród pięciu możliwych odpowiedzi, gdzie: | | | | |
| *1 – zdecydowanie się nie zgadzam* | *2 – raczej się nie zgadzam* | *3 – nie mam zdania* | *4 – raczej zgadzam się* | *5 – zdecydowanie zgadzam się* |
| 1. Jestem zainteresowany/a poszerzeniem swoich kompetencji i kwalifikacji poszukiwanych na rynku pracy. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Chcę podnosić swoje kwalifikacje i kompetencje nawet kosztem czasu wolnego. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Jestem przekonany/a, że odbycie dodatkowych szkoleń/kursów/staży/praktyk w przyszłości pomoże mi znaleźć dobrą pracę. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Chętnie poświęcam czas na wyszukiwanie informacji dotyczących mojego zawodu. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Lubię podejmować się dodatkowych zajęć/pracy z własnej inicjatywy. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1. Ja, niżej podpisana/y potwierdzam uczestnictwo w projekcie pt. „Zawodowo w przyszłość – rozwój umiejętności niezbędnych na rynku pracy aglomeracji wrocławskiej” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS, Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027, Priorytet 8 Fundusze Europejskie dla edukacji na Dolnym Śląsku, Działanie 8.1 Dostęp do edukacji programu fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.
3. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oraz potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie do realizacji projektu pt. „Zawodowo w przyszłość – rozwój umiejętności niezbędnych na rynku pracy aglomeracji wrocławskiej” w tym: ewaluacji, kontroli, monitoringu, sprawozdawczości i kontaktu w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.

|  |  |
| --- | --- |
| **Data i CZYTELNE imię i nazwisko kandydata/kandydatki** | **Data i CZYTELNE imię i nazwisko opiekuna prawnego kandydata/kandydatki**  **(*w przypadku osoby niepełnoletniej)*** |
| ............................................................................. | ............................................................................. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZ. III INFORMACJE NA TEMAT UCZESTNIKA *(wypełnia wychowawca)*** | | | | | |
| Planowana data zakończenia edukacji ucznia w placówce (DD-MM-RRRR): | | | | | |
| Rekomendacja wychowawcy: | | | | | |
| Rekomenduję uczestnictwo  .................................................................................................................................................  (imię i nazwisko ucznia/uczennicy) w:  ☐ Kursie i/lub szkoleniu branżowym i zawodowym | | | | | |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| Imię i nazwisko osoby udzielającej rekomendacji: | |  | | | |
| Podpis osoby udzielającej rekomendacji: | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZ. IV Opinia w zakresie osób zagrożonych przedwczesnym wyjściem z systemu edukacji *(wypełnia wychowawca)*** | | |
| .................................................................................................................................................  (imię i nazwisko ucznia/uczennicy)  Zagrożenie przedwczesnym wyjściem z systemu edukacji: | | |
| ☐ TAK | | ☐ NIE |
| W przypadku odpowiedzi „TAK” należy uzasadnić: | | |
| Imię i nazwisko osoby udzielającej opinii |  | |
| Podpis osoby udzielającej opinii |  | |