|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU (UCZNIA/UCZENNICY)** | **NR** |  |
| Zgłoszenie do udziału w zajęciach w ramach projektu **„Szkoły Zawodowe z terenu powiatu opoczyńskiego drogą do sukcesu na regionalnym rynku pracy”** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 |
| **NALEŻY PRZY WYBRANYCH ZAJĘCIACH WPISAĆ ZNAK ”X”** |
| **Zajęcia z doradcą edukacyjno – zawodowym w ramach Szkolnego Punku Informacji i Kariery** |  |
| **Kursu spawacza metodą MAG 135** |  |
| **Praktyki zawodowe u pracodawcy – udział obowiązkowy** | **X** |
| **DANE OSOBOWE** |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię (imiona)** |  |  |
| **Płeć (zaznaczyć X)** | **Kobieta** |  | **Mężczyzna** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  | **Pesel** |  |
| **Wykształcenie** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Ulica** |  | **Nr domu** |  | **Nr lokalu** |  |
| **Województwo** |  | **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Adres poczty elektronicznej** |  | **Telefon stacjonarny** |  |
| **Telefon komórkowy** |  |
| **Jestem uczniem/uczennicą Zasadniczej Szkoły Zawodowej w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Drzewicy** |
| **Kierunek kształcenia: mechanik pojazdów samochodowych** |  |
| **Klasa (I-III)(wpisać odpowiednio)** |  |
| **W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić** |  |

**PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI I DOSTARCZYĆ DO BIURA PROJEKTU (ADRES PONIŻEJ) LUB SEKRETARIATU SZKOŁY**

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………… |  …………………………………………………………. |
|  Podpis uczestnika projektu\* |  Podpis opiekuna prawnego |

Oświadczam, że uczę się na terenie województwa łódzkiego.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………… |  …………………………………………………………. |
|  Podpis uczestnika projektu\* |  Podpis opiekuna prawnego |

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu rekrutacji do projektu „Szkoły Zawodowe z terenu powiatu opoczyńskiego drogą do sukcesu na regionalnym rynku pracy”, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Moje dane osobowe zostaną powierzone do przetwarzania przez :

* Beneficjenta realizującego Projekt – Powiat Opoczyński, ul. Kwiatowa 1a, 26-300 Opoczno

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………… |  …………………………………………………………. |
|  Podpis uczestnika projektu\* |  Podpis opiekuna prawnego |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7 | **Powiat Opoczyński** ul. Kwiatowa 1a 26-300 Opoczno**www.opocznopowiat.pl** |  **Biuro Projektu:** ul. Rolna 6, pok. 211 26-300 Opoczno tel. 44 736 15 54 |

 ……………………………………………………

Data i godzina wpływu, podpis osoby przyjmującej formularz

**\*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieletniej oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę, jak również przez jej prawnego opiekuna.**