



## FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu nr RPZP.08.09.00-32-K003/16-00

pn. **Wiedza oparta na praktyce – modernizacja kształcenia zawodowego w powiecie wałeckim**

Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020

Oś Priorytetowa 8 Edukacja

Działanie 8.9 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia zawodowego w ramach Kontraktów Samorządowych

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE – KOMPUTEROWO lub DRUKOWANYMI LITERAMI!**

### DANE UCZESTNIKA

<b>Kraj:</b> POLSKA	<b>Rodzaj uczestnika:</b> INDYWIDUALNY	
<b>Imię:</b>	<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu:</b>	<b>Wykształcenie:</b> <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne	
<b>Nazwa Realizatora:</b> <input type="checkbox"/> Powiatowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego, w tym: <input type="checkbox"/> Technikum Zawodowe <input type="checkbox"/> Zasadnicza Szkoła Zawodowa <input type="checkbox"/> Branżowa Szkoła I stopnia <input type="checkbox"/> Zespół Szkół nr 4 Rolnicze Centrum Kształcenia Ustawicznego, w tym: <input type="checkbox"/> Technikum Zawodowe		
<b>Klasa</b>		
<b>Kierunek</b>		
<b>DANE KONTAKTOWE</b>		
Województwo:		
Powiat:	Gmina:	
Miejscowość:	Ulica:	
Nr budynku:	Nr lokalu:	Kod pocztowy:
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:



<b>STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b> (proszę zaznaczyć X)	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami <sup>1</sup>	
<input type="checkbox"/> TAK                    5 pkt <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) – <i>wypełnia Beneficjent</i>	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
<b>DODATKOWE INFORMACJE</b>	
<b>Motywacja do podnoszenia kompetencji/kwalifikacji:</b>	
<input type="checkbox"/> Niska                    5 pkt <input type="checkbox"/> Średnia                10 pkt <input type="checkbox"/> Wysoka                15 pkt	
<b>Teren wiejski:</b>	
<input type="checkbox"/> TAK                    5 pkt <input type="checkbox"/> NIE	
<b>W ramach projektu pragnę uczestniczyć w:</b>	
<input type="checkbox"/> Praktykach zawodowych / stażach zawodowych <input type="checkbox"/> Dodatkowych specjalistycznych zajęciach pozalekcyjnych <input type="checkbox"/> Zajęciach wyjazdowych <input type="checkbox"/> Kursach i szkoleniach zawodowych <input type="checkbox"/> Doradztwie edukacyjno-zawodowym	
<b>SZCZEGÓŁY WSPARCIA – <i>wypełnia Beneficjent</i></b>	
<b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie</b>	<b>Data zakończenia udziału w projekcie:</b>
<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu, w tym:</b>	<b>OSOBA BEZROBOTNA UCZĄCA SIĘ</b>
<b>Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej</b>	<b>31 – 08 – 20 __ __ r.</b>

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis ucznia/ uczennicy

<sup>1</sup> **Osoba z niepełnosprawnościami** - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz.U. z 2016 r. poz. 2046, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t. j. Dz.U. z 2016 r. poz. 546, z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.