

Załącznik 1:

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Spełnienie kryteriów obligatoryjnych	Suma punktów	Podpis oceniającego
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Numer formularza zgłoszeniowego	Data wpływu formularza	Podpis pracownika projektu
<b>Tytuł i numer projektu:</b>	Profesjonalne kształcenie zawodowe kluczem do sukcesu na rynku pracy RPDS.10.04.02-02- 0001/17	
<b>Priorytet:</b>	10. Edukacja	
<b>Działanie:</b>	10.4 Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy	
<b>Poddziałanie</b>	10.4.2 Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy-ZIT WrOF	

Proszę wypełnić tylko białe pola formularza **DRUKOWANYMI LITERAMI** i zaznaczyć krzyżykiem „x” poniżej wskazane pola.

CZ. I DANE KANDYDATA/KANDYDATKI				
<b>Imię (imiona)</b>				
<b>Nazwisko</b>				
<b>Data urodzenia</b>				
<b>PESEL</b>				
<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe	<input type="checkbox"/> średnie
<b>Adres zamieszkania</b>	Województwo:			
	Powiat:			
	Gmina:			
	Miejscowość:			
	Ulica:			
	Numer budynku:		Numer lokalu:	
	Kod pocztowy:			
Poczta:				
<b>Numer telefonu</b>				
<b>Adres e-mail</b>				
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> mężczyzna	
<b>Czy miejsce nauki znajduje się na obszarze ZIT WrOF<sup>1</sup>?</b>	<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie	

<sup>1</sup> gmina Wrocław, Miasto i gmina Jelcz-Laskowice, Miasto i gmina Kąty Wrocławskie, gmina Siechnice, gmina Trzebnica, Miasto i gmina Sobótka, Miasto Oleśnica, gmina Długołęka, gmina Czernica, gmina Kobierzyce, gmina Miękinia, gmina Oleśnica, gmina Wisznia Mała, gmina Żórawina, gmina Oborniki Śląskie

<b>Szkoła, do której uczęszcza kandydat</b> (proszę zaznaczyć X przy danej szkole)	Europejska Szkoła Branżowa I stopnia we Wrocławiu	<input type="checkbox"/>
	Europejskie Technikum Menedżerskie we Wrocławiu	<input type="checkbox"/>
	Europejskie Studium Policealne we Wrocławiu	<input type="checkbox"/>
	Europejskie Centrum Kształcenia Specjalistów we Wrocławiu	<input type="checkbox"/>
<b>Klasa</b>	<b>Kierunek kształcenia</b>	
<b>Czy kandydat jest osobą z niepełnosprawnością?</b>		
<input type="checkbox"/> tak* <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji *Jeśli tak, kandydat wypełnia formularz diagnostyczny badający potrzebę AON, specjalnych potrzeb żywieniowych, transportu		
<b>Czy kandydat posiada specjalne potrzeby ze względu na niepełnosprawność?</b>		
<input type="checkbox"/> tak* *Jeśli tak, to jakie?..... <input type="checkbox"/> nie		

<b>liczba punktów premiujących</b>

<b>CZ. II GOTOWOŚĆ KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE</b>
W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie, jestem zainteresowany/a uczestnictwem w: <input type="checkbox"/> doradztwie edukacyjno-zawodowym i stażu/praktyce zawodowej.

**W celu wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych należy zaznaczyć krzyżykiem „x” poniżej wskazane pole.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie obejmującym: imię (imiona), nazwisko, imiona rodziców, datę urodzenia, miejsce urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, numer ewidencyjny PESEL, wykształcenie, seria i numer dowodu osobistego, numer telefonu, adres e-mail, numer rachunku bankowego, pochodzenie etniczne, stan zdrowia przez Administratora Danych, którym jest:

1. Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego - w odniesieniu do zbioru: „Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014 – 2020”.

2. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa - w odniesieniu do zbioru: „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020.

Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją ww. celu.

**UWAGA:** W przypadku osoby niepełnoletniej, formularz zgłoszeniowy powinien zostać podpisany zarówno przez daną osobę, jak i jej prawnego opiekuna

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis kandydata/teki

.....  
Podpis opiekuna prawnego kandydata/teki w przypadku osoby niepełnoletniej