

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Nowa Jakość Kształcenia Efektem Zatrudnienia”

Numer projektu: RPWS.08.05.01-26-0092/16

.....  
data i podpis osoby przyjmującej formularz

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Nazwisko:</b><br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Imię/ Imiona:</b><br>.....                                                                                                               | <b>Płeć:</b><br><input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Data, miejsce, województwo urodzenia:</b><br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                             | <b>Wiek (w latach):</b><br>.....                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>PESEL:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Adres zamieszkania:</b><br>Ulica:.....<br>nr domu:.....nr lokalu:.....<br>miejscowość:.....<br>kod pocztowy:.....<br>gmina:.....<br>powiat:.....<br>województwo:.....<br><input type="checkbox"/> obszar miejski (miasta, gminy miejskie oraz część miejska gminy miejsko - wiejskiej)<br><input type="checkbox"/> obszar wiejski (gminy wiejskie, część wiejska gminy miejsko-wiejskiej)                      |                                                                                                                                             | <b>Dane kontaktowe:</b><br>Numer telefonu stacjonarnego:<br>.....<br>Numer telefonu komórkowego:<br>.....<br>Adres poczty elektronicznej (e-mail):<br>.....<br><b>Adres do korespondencji</b><br><i>(wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania)</i><br>.....<br>.....<br>..... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Oświadczam, że (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/ Pani dotyczy) uczę się w:</b><br><input type="checkbox"/> ZSP w Stąporkowie <input type="checkbox"/> ZSP nr 1 w Końskich<br><b>na kierunku:</b><br><input type="checkbox"/> Technik Informatyk<br><input type="checkbox"/> Technik handlowiec<br><input type="checkbox"/> Technik logistyk<br><input type="checkbox"/> Technik pojazdów samochodowych  |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Czy zamierza się Pan/ Pani starać o zwrot kosztów dojazdu?</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Źródło informacji o projekcie:</b><br><input type="checkbox"/> plakaty <input type="checkbox"/> ulotki <input type="checkbox"/> znajomi <input type="checkbox"/> telewizja <input type="checkbox"/> prasa <input type="checkbox"/> strona internetowa KSWP<br><input type="checkbox"/> pozostałe strony internetowe (inne portale internetowe i społecznościowe) <input type="checkbox"/> inne, (jakie?) ..... |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



**Informacje dodatkowe – udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania nie jest obowiązkowe**

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/ Pani dotyczy):

|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jestem osobą niepełnosprawną posiadającą stopień niepełnosprawności:<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> znaczny | <input type="checkbox"/> nie jestem osobą niepełnosprawną                                                                                | <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na udzielenie odpowiedzi na pytanie |
| <input type="checkbox"/> jestem osobą należącą do mniejszości narodowej, etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia                                                                                     | <input type="checkbox"/> nie jestem osobą należącą do mniejszości narodowej, etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia              | <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na udzielenie odpowiedzi na pytanie |
| <input type="checkbox"/> jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań                                                                                                             | <input type="checkbox"/> nie jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań                                      | <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na udzielenie odpowiedzi na pytanie |
| <input type="checkbox"/> jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących<br><input type="checkbox"/> w tym w gospodarstwie z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu                     | <input type="checkbox"/> nie jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących                                      | <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na udzielenie odpowiedzi na pytanie |
| <input type="checkbox"/> jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z 1 osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu                                                                        | <input type="checkbox"/> nie jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z 1 osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na udzielenie odpowiedzi na pytanie |
| <input type="checkbox"/> jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) tj.: .....<br>.....<br>.....                                                                 | <input type="checkbox"/> nie jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)                       | <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na udzielenie odpowiedzi na pytanie |



**Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:**

- Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji oraz Regulaminem uczestnictwa w Projekcie i akceptuję zawarte w nich warunki;
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt pn. „Nowa Jakość Kształcenia Efektem Zatrudnienia” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 i realizowany jest przez KSWP na podstawie umowy z Województwem Świętokrzyskim;
- Zgodnie z przepisami art. 23 ust. 1 pkt. 2 z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2016 r., poz. 922, z późn. zm., wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym danych wrażliwych) dla celów związanych z procedurą rekrutacji i realizacją Projektu pn. „Nowa Jakość Kształcenia Efektem Zatrudnienia” oraz dla potrzeb zgodnych z działalnością KSWP, a moje dane mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących w/w informacje przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego lub podmiot przez niego upoważniony do celów sprawozdawczych z realizacji usług, w których brałem/am udział, monitoringu oraz ewaluacji projektu;
- Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
- Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Krajowe Stowarzyszenie Wspierania Przedsiębiorczości dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych, marketingowych związanych z realizowanym Projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego;
- Moja zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz na wykorzystywanie i rozpowszechnianie wizerunku nie jest ograniczona terytorialnie i czasowo;
- Jestem świadomy/a, że Zgłoszenie uczestnictwa w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie;
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy zaświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....  
data i czytelny podpis Kandydata

