



Kwestionariusz zgłoszeniowy do projektu
ŁĄCZNOŚĆ fabryką specjalistów - kwalifikacje zawodowe paszportem na europejski rynek pracy

Dane personalne uczestnika projektu - UCZEŃ

Proszę wypełnić drukowanymi literami obszary zaznaczone na szaro.

Lp.	Nazwa	
1.	Kraj	Polska
2.	Rodzaj uczestnika	Uczeń
3.	Nazwa szkoły	Zespół Szkół Łączności w Szczecinie
4.	Imię (imiona)	
5.	Nazwisko	
6.	PESEL	
7.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
8.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
9.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne
10.	Województwo	
11.	Powiat	
12.	Gmina	
13.	Miejscowość	
14.	Ulica	
15.	Nr budynku	
16.	Nr lokalu	
17.	Kod pocztowy	
18.	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
19.	Telefon kontaktowy	
20.	Adres e-mail	
21.	Status na rynku pracy na dzień przystąpienia do projektu	osoba bierna zawodowo / osoba ucząca się
22.	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
23.	Data zakończenia udziału we wsparciu	
24.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam udzielenia informacji
25.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam udzielenia informacji
26.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam udzielenia informacji
27.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam udzielenia informacji

Nazwa projektu: **ŁĄCZNOŚĆ fabryką specjalistów - kwalifikacje zawodowe paszportem na europejski rynek pracy**. Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach RPO WZ na lata 2014-2020, Priorytet VIII Edukacja, Działanie 8.6 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia zawodowego. Nr umowy o dofinansowanie: RPZP.08.06.00-32-K012/20. **Biuro rekrutacji:** Kierownik gospodarczy ZS Łączności w Szczecinie p. 121, ul. Ku Słońcu 27/30, 71-080 Szczecin, tel. 91-48-48-056 wew. 400, e-mail: projekt@zsl.szczecin.pl. **Biuro projektu:** TWP OR w Szczecinie 70-234, ul. Potulicka 16, Tel. 91 44 80 021, e-mail: mflisikowska@twp.szczecin.pl



Dane personalne rodzica/opiekuna prawnego*

*należy wypełnić w przypadku osoby niepełnoletniej

1.	Imię (imiona)	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	Nr budynku	
7.	Nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	
9.	Telefon kontaktowy (opcjonalnie)	
10.	Adres e-mail (opcjonalnie)	

1. Oświadczam/my, iż posiadam/my pełnię praw rodzicielskich.
2. Zobowiązuję/my się do systematycznego uczestnictwa syna/córki w formach wsparcia.
3. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
4. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Oświadczam, że stan zdrowia syna/córki nie wykazuje przeciwwskazań do udziału w projekcie.
6. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby projektu (dotyczy uczestnika projektu).
7. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki z Regulaminu uczestnictwa w projekcie.
8. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki z Regulaminu pomocy stypendialnej.
9. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję wewnętrzne procedury bezpieczeństwa w związku z ograniczeniem ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego**

**w przypadku osoby niepełnoletniej wymagany jest czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego