|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Data wpływu dokumentu** | **Imię i nazwisko osoby przyjmującej** | **Podpis osoby przyjmującej dokumentację do projektu** |

**Deklaracja Kandydata / Formularz rekrutacyjny**

**do projektu w ramach Programu Erasmus+**

Numer projektu: 2024-1-PL01-KA121-VET-000225826

Nr akredytacji: 2021-1-PL01-KA120-VET-000047305

**Część A** – Dane osobowe (wypełnia kandydat/tka)

|  |
| --- |
| **DANE KANDYDATA** |
| 1 | **Imię i nazwisko** |  |
| 2 | **PESEL** |  |
| 3 | **Data urodzenia** |  |
| 4 | **Miejsce urodzenia** |  |
| 5 | **Płeć (zaznaczyć X)** | Kobieta |  | Mężczyzna |  |
| 6 | **Wiek ( stan na dzień składania dokumentów)** |  |
| 7 | **Adres zamieszkania** | Ulica i nr domu/ lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Obszar(zaznaczyć znakiem X) | miejski |  | wiejski |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| 8 | **Dane kontaktowe** | Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| 9 | **Nr dowodu osobistego /** **Nr paszportu** |  |
| 10 | **Termin ważności dokumentu tożsamości** |  |
| **DANE: RODZIC/OPIEKUN upoważniony do podpisania umowy** |
| 1 | **Imię i nazwisko** |  |
| 2 | **Adres zamieszkania** | Ulica i nr domu/ lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| 3 | **Kim osoba jest dla ucznia:** |  |
| 4 | **Dane kontaktowe** | Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

**Część B** – wypełnia uczeń

* Motywacja do udziału w projekcie (0-5 pkt)
* Zgodność celów projektu z zakresem obowiązków (0-5 pkt)
* Planowane wykorzystanie nabytej w trakcie mobilności wiedzy i umiejętności (0-5 pkt)
* Informacja o posiadanych kompetencjach językowych (0-5 pkt)

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Część C** – Uczestnik o mniejszych – deklaracja dotycząca zakwalifikowania Kandydata jako uczestnika o mniejszych szansach.

Proszę o zakwalifikowanie mnie do projektu jako uczestnika o mniejszych szansach zgodnie z następującą kategorią:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kategoria barier** | **TAK / NIE / Nie dotyczy** |
| 1 | Bariery związane z dyskryminacją |  |
| 2 | Bariery związane z systemem edukacji  |  |
| 3 | Różnice kulturowe |  |
| 4 | Niepełnosprawność |  |
| 5 | Bariery ekonomiczne |  |
| 6 | Bariery geograficzne |  |
| 7 | Problemy zdrowotne |  |
| 8 | Bariery społeczne |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych niniejszym formularzu, przez Zespół Szkół w Cieszynie Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Katowicach w celu realizacji projektu nr : 2**024-1-PL01-KA121-VET-000225826**  w ramach programu Erasmus+.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem udziału w projekcie Erasmus+ i wyboru uczestników w mobilności edukacyjnej.

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejscowość i data**  |  |
| **Podpis kandydata (czytelny podpis)** |  |
| **Podpis rodzica / opiekuna prawnego****(czytelny podpis) w przypadku ucznia niepełnoletniego** |  |