



Załącznik nr 1 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**„ZAWODOWCY NA START” - nr FEKP.08.28-IZ.00-0002/24**

Program: Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027, Priorytet: 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie: FEKP.08.28 Kształcenie zawodowe.

| | Lp. | Nazwa | | |
|--|--|---|--|---|
| Dane uczestnika | 1 | Imię (imiona) | Nazwisko | |
| | 2 | Data urodzenia | Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w latach) | |
| | 3 | Płeć (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna | | |
| | 4 | PESEL | | |
| | 5 | Wykształcenie (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> inne: | | |
| | 6 | <input type="checkbox"/> Technikum: kierunek.....Klasa..... | | |
| Dane kontaktowe | 7 | Obywatelstwo: | | |
| | 8 | Miejscowość | Kod pocztowy | |
| | 9 | Gmina | Powiat | |
| | 10 | Województwo | Kraj | |
| | 11 | Telefon komórkowy * <input type="checkbox"/> Nie posiadam | e-mail * <input type="checkbox"/> Nie posiadam | |
| | *Aby brać udział w projekcie należy wypełnić co najmniej jedną rubrykę poprzez podanie danych kontaktowych | | | |
| Status osoby w chwili przystąpienia do projektu | 12 | Jestem osobą bierną zawodowo, w tym uczącą się | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| | | Jestem osobą obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| | | Jestem osobą państwa trzeciego | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| | | Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| | | Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| | | Jestem osobą z niepełnosprawnościami | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |



| | | |
|-------------------------------|----|---|
| Wybór formy wsparcia | 13 | Kursy zewnętrzne dla uczniów <input type="checkbox"/> Kurs obsługi kasy fiskalnej dla technika ekonomisty <input type="checkbox"/> Kurs spawania – „Spawanie czołowe blach metodą MAG” <input type="checkbox"/> Kurs spawania – „Spawanie czołowe blach metodą TIG ” <input type="checkbox"/> Kurs spawania – „Spawanie blach z aluminium i jego stopów spoinami czołowymi metodą TIG (141)” <input type="checkbox"/> Kurs z obsługi i programowania frezarka CNC <input type="checkbox"/> Kurs z obsługi i programowania tokarka CNC <input type="checkbox"/> Kurs obsługi wózka widłowego <input type="checkbox"/> Kurs na prawo jazdy kat. B <input type="checkbox"/> Kurs barmański I stopnia <input type="checkbox"/> Kurs kelnera <input type="checkbox"/> Kurs na uprawnienia elektryczne do 1 kV w zakresie dozoru i eksploatacji urządzeń, instalacji i sieci energ. <input type="checkbox"/> Kurs barberski: cieniowanie metodą fade + broda |
| Data ukończenia szkoły | 14 | Przewidywana data ukończenia szkoły: 31.08.....(wpisać rok) |
| Dodatkowe | 15 | Oświadczam, że wyżej wybrane przeze mnie formy wsparcia odpowiadają na moje indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz są zgodne z moimi możliwościami psychofizycznymi. |



| | | |
|--|----|---|
| Specjalne potrzeby ucznia | | <input type="checkbox"/> Nie zgłaszam żadnych specjalnych potrzeb |
| | 16 | <input type="checkbox"/> Tłumacz polskiego języka migowego (PJM) <input type="checkbox"/> Tłumacz systemu językowo-migowego (SJM) Opcja 3 <input type="checkbox"/> Tłumacza Systemu Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych (SKOGN) <input type="checkbox"/> Dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie terenu wokół budynku, pochylnia, winda <input type="checkbox"/> Przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa <input type="checkbox"/> Materiały w alfabecie Braille'a <input type="checkbox"/> Pętla indukcyjna <input type="checkbox"/> Wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową; <input type="checkbox"/> Obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> Specjalne potrzeby żywieniowe <input type="checkbox"/> Zapewnienie warunków dla psa asystującego inne (proszę podać), na przykład: wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust Inne: |

.....dnia,.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego -
obowiązkowo w przypadku uczestników niepełnoletnich