

Załącznik nr 3 do Regulaminu
Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Koszalińska Szkoła Zawodowców - Etap I”
dla Zespołu Szkół nr 7 im. Bronisława Bukowskiego w Koszalinie

ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU „Koszalińska Szkoła Zawodowców - Etap I”

realizowanego w ramach programu FEPZ 2021-2027, Priorytet 6 Fundusze Europejskie na rzecz Pomorza Zachodniego, Działanie 6.10 Edukacja zawodowa na obszarach objętych Strategią ZIT.

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania
(podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu)

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ "X".

| 1. Informacja o szkole prowadzącej rekrutację: | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------|----------------------------|----------------------------|--|
| Nazwa szkoły: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Typ szkoły (właściwe zaznacz znakiem x): | <input type="checkbox"/> Technikum <input type="checkbox"/> Szkoła branżowa I stopnia | | | | | | | | | | | | | | |
| Kierunek kształcenia (zawód): | | | | | | | | Klasa: | | | | | | | |
| Adres szkoły (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Organ prowadzący szkołę: | Gmina Miasto Koszalin | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Dane kandydata/kandydatki: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obywatelstwo | <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec | | | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj uczestnika | <input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji / podmiotu | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | | | | | | | | | | | | Płeć: | <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> M | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu: | | | | | | | | Data urodzenia: | | | | | | | |
| Wyszkolenie (właściwe zaznaczyć znakiem x): | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Średnie I stopnia (ISCED 0-2) (szkoła podstawowa, gimnazjum) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED3) lub policealne (ISCED4) (liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa, szkoły policealne) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | |
|---|--|---------------|--|
| Województwo: | | Powiat: | |
| Gmina: | | Kod pocztowy: | |
| Miejscowość: | | | |
| Obowiązkowe dane kontaktowe - w przypadku osób niepełnoletnich – można podać dane kontaktowe do rodziców / opiekunów prawnych | | | |
| UWAGA: w przypadku uczniów należy podać co najmniej jedną z poniższych informacji, nauczyciele zobowiązani są do wskazania obu informacji. | | | |
| Telefon kontaktowy (stacjonarny lub komórkowy) Uczestnika projektu: | | | |
| Adres poczty elektronicznej: | | | |
| 3. Dane dodatkowe kandydata/kandydatki: | | | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca | | |
| Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia (w przypadku uczniów): | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji | | |
| Osoba obcego pochodzenia: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji | | |
| Osoba pochodząca z kraju trzeciego (spoza terytorium Unii Europejskiej) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | |
| 4. Specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie: | | | |
| Czy kandydat jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | |
| Czy kandydat ma specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie, wynikające np. z niepełnosprawności? | | | |

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

.....
(czytelny podpis opiekuna prawnego)*

***wymagany w przypadku, gdy kandydat jest osobą niepełnoletnią**