

FORMULARZ DLA OSÓB MŁODYCH
**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PRZEDSIĘWZIĘCIA
Branżowe Centrum Umiejętności w dziedzinie Fryzjerstwo**

finansowane ze środków Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększenia Odporności, tj. Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności (KPO) zgodnie z wnioskiem o objęcie wsparciem w ramach konkursu „Utworzenie i wsparcie funkcjonowania 120 branżowych centrów umiejętności (BCU), realizujących koncepcję centrów doskonałości zawodowej (CoVES)”.

Uwaga! Udział w projekcie jest bezpłatny. Osoby, które zgłoszą chęć uczestnictwa i zostaną zakwalifikowane do udziału w projekcie będą uczestniczyć w wybranej przez siebie formy wsparcia. Uczestnik może wziąć udział tylko w jednej formie wsparcia!

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza DRUKOWANYMI literami.

Branżowe Centrum Umiejętności w dziedzinie Fryzjerstwo w Ciechanowcu		
Uzupełnia osoba przyjmująca dokument		
Numer Data wpływu, czytelny podpis osoby przyjmującej formularz

WYPEŁNIA KANDYDAT/-KA NA UCZESTNIKA/-CZKĘ				
DANE PODSTAWOWE				
1. Imię (imiona):				
2. Nazwisko:				
3. Płeć (zaznaczyć x):				
<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> mężczyzna		<input type="checkbox"/> inna
<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji				
4. Data urodzenia:				
5. Wiek w chwili złożenia formularza:				
6. Miejsce urodzenia:				
7. PESEL:				
8. Nazwa szkoły/uczelni:				
9. Typ placówki*:				
<input type="checkbox"/> technikum		<input type="checkbox"/> szkoła branżowa I stopnia		
<input type="checkbox"/> szkoła branżowa II stopnia		<input type="checkbox"/> szkoła wyższa		
<input type="checkbox"/> inna				
10. Klasa ¹ :				
11. Pełna nazwa kierunku				

kształcenia:		
12. Czy masz status pracownika młodocianego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

DANE KONTAKTOWE

Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica/nr domu/ nr lokalu:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

DANE DODATKOWE

Obywatelstwo:		
Osoba:	<input type="checkbox"/> należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	<input type="checkbox"/> pochodzenia romskiego
	<input type="checkbox"/> migrant	<input type="checkbox"/> obcego pochodzenia
Miejsce zamieszkania:	<input type="checkbox"/> Miasto	<input type="checkbox"/> Wieś
Osoba młoda w wieku 14-24 lata:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Udział w pozaszkolnych/ pozaakademickich aktywnościach naukowych:	<input type="checkbox"/> udział w zajęciach dodatkowych lub udział w olimpiadach/konkursach na poziomie miejskim <input type="checkbox"/> udział na olimpiadach/konkursach na poziomie wojewódzkim <input type="checkbox"/> udział w olimpiadach/konkursach na poziomie krajowym	
Osoba z niepełnosprawnościami (w przypadku zaznaczenia „tak” należy do formularza dołączyć zaświadczenie o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Preferowania diety	<input type="checkbox"/> mięsna	<input type="checkbox"/> wegetariańska
	<input type="checkbox"/> inna	<input type="checkbox"/> alergia pokarmowa

Rodzaj potrzeby	Proszę wpisać potrzebę wynikającą z niepełnosprawności
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową:	
Zapewnienie specjalistycznych form materiałów:	
Zapewnienie systemów wymagających słyszenie:	
Zapewnienie tłumacza języka migowego:	
Inne:	
Wybór formy wsparcia:	
Tytuł wybranego szkolenia:	

Oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się z regulaminem rekrutacji do projektu pod nazwą: „Utworzenie i wsparcie funkcjonowania Branżowego Centrum Umiejętności dla branży fryzjersko-kosmetycznej w dziedzinie Fryzjerstwo w Zespole Szkół Ogólnokształcących i Zawodowych” dofinansowanego ze środków KPO zgodnie z umową o dofinansowanie nr KPO/25/1/BCU/U/0007,
- oświadczam, że nie skorzystałem ze wsparcia innego Branżowego Centrum Umiejętności, które było finansowane ze środków Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększenia Odporności, tj. Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności (KPO),
- jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy,
- dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niepełnoletniego uczestnika/wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych¹.

..... <i>miejsowość i data</i> <i>czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna ucznia²</i> <i>czytelny podpis ucznia/uczennicy/ studenta/studentki</i>
-----------------------------------	--	--

¹ skreślić niewłaściwe

² obowiązuje w przypadku osoby nieletniej