

Załącznik nr 2

FORMULARZ DLA OSÓB DOROSŁYCH
**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 formie 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 BRANŻOWEGO SZKOLENIA ZAWODOWEGO
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 składania formularza				
6. Miejsce urodzenia:				
7. PESEL:				
8. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne/ponadpodstawowe <input type="checkbox"/> wyższe			

9. Dokładna nazwa kierunku
kształcenia:

 Status kandydata na rynku
pracy:

- osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
(w tym: osoba długotrwale bezrobotna)
- osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów
pracy (w tym: osoba długotrwale bezrobotna, osoba bierna
zawodowo)
- osoba pracująca:
- rolnik
 - samozatrudniona
 - zatrudniona w mikroprzedsiębiorstwie
 - zatrudniona w małym przedsiębiorstwie
 - zatrudniona w średnim przedsiębiorstwie
 - zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie
 - zatrudniona w administracji publicznej
 - organizacji pozarządowej

Nazwa instytucji/przedsiębiorstwa:

.....

Wykonywany zawód:.....

.....

DANE KONTAKTOWE

1. Województwo:

2. Powiat:

3. Gmina:

4. Miejscowość:

5. Kod pocztowy:

6. Ulica/nr domu/ nr lokalu:

7. Telefon kontaktowy:

8. 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 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:

- a) 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 w Ciechanowcu”

Zawodowych w Ciechanowcu” dofinansowanego ze środków KPO zgodnie z umową o dofinansowanie nr KPO/25/1/BCU/U/0007,

- b) 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),
- c) jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy,
- d) dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym,
- e) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
miejsowość i data

.....
*czytelny podpis
kandydata/kandydatki*

**w Zespole Szkół Ogólnokształcących
i Zawodowych w Ciechanowcu**