

**FORMULARZ DLA NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELKI KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO
KANDYDATA/TKI NA UCZESTNIKA/-CZKĘ SZKOLENIA BRANŻOWEGO
w Branżowym Centrum Umiejętności w dziedzinie Fryzjerstwo
w Ciechanowcu**

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 | | | |
| Imię (imiona): | | | |
| Nazwisko: | | | |
| Płeć (zaznaczyć x): | <input type="checkbox"/> Kobieta | <input type="checkbox"/> Mężczyzna | <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji |
| PESEL: | | | |
| Miejsce pracy/Miejsce zatrudnienia: | Nazwa: | | |
| | Typ szkoły: | <input type="checkbox"/> Branżowa szkoła I stopnia | <input type="checkbox"/> Technikum |
| | | <input type="checkbox"/> szkoła dla dorosłych | <input type="checkbox"/> Branżowa szkoła II stopnia |
| Nauczyciel przedmiotów zawodowych na kierunkach: | | | |
| Dokładna nazwa nauczanego | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| przedmiotu: | | | |
| Wykształcenie – najwyższe ukończone | <input type="checkbox"/> studia licencjackie lub ich odpowiednik <input type="checkbox"/> studia magisterskie lub ich odpowiednik <input type="checkbox"/> szkoła policealna | | |
| 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 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 w Ciechanowcu” 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 moich danych osobowych.

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis
nauczyciela/nauczycielki