|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Spełnienie kryteriów obligatoryjnych** | **Suma punktów** | **Podpis oceniającego** | | |
| tak  nie |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **Numer formularza zgłoszeniowego** | **Data i godzina wpływu formularza** | **Podpis pracownika projektu** | | |
|  |  |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł i numer projektu:** | Zawodowy Wrocław |
| **Priorytet:** | 10. Edukacja |
| **Działanie:** | 10.4 Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy |
| **Poddziałanie** | 10.4.2 Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy-ZIT WrOF |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Proszę wypełnić tylko białe pola formularza DRUKOWANYMI LITERAMI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZ. I DANE KANDYDATA/KANDYDATKI** | | | | |
| **Imię (imiona)** |  | | | |
| **Nazwisko** |  | | | |
| **Data urodzenia** |  | | | |
| **PESEL** |  | | | |
| **Wiek w chwili złożenia formularza zgłoszeniowego** |  | | | |
| **Wykształcenie** | podstawowe | | gimnazjalne | |
| **Adres zamieszkania** | Województwo: | | | |
| Powiat: | | | |
| Gmina: | | | |
| Miejscowość: | | | |
| Ulica: | | | |
| Numer budynku: | | Numer lokalu: | |
| Kod pocztowy: | | | |
| Poczta: | | | |
| **Czy miejscem zamieszkania jest Wrocław?** | tak | | nie | |
| **Czy miejsce zamieszkania znajduje się na obszarze ZIT WrOF[[1]](#footnote-1)?** | tak | | nie | |
| **Numer telefonu** |  | | | |
| **Adres e-mail** |  | | | |
| **Szkoła, do której uczęszcza kandydat**  (proszę zaznaczyć X przy danej szkole) | Elektroniczne Zakłady Naukowe | | |  |
| Lotnicze Zakłady Naukowe | | |  |
| Specjalny Ośrodek  Szkolno-Wychowawczy nr 10 | | |  |
| Specjalny Ośrodek  Szkolno-Wychowawczy nr 11 | | |  |
| Zespół Szkół Budowlanych | | |  |
| Zespół Szkół Gastronomicznych | | |  |
| Zespół Szkół Nr 1 | | |  |
| Zespół Szkół Nr 2 | | |  |
| Zespół Szkół Nr 3 | | |  |
| Zespół Szkół Zawodowych Nr 5 | | |  |
| Zespół Szkół Nr 18 | | |  |
| Zespół Szkół Logistycznych | | |  |
| Zespół Szkół Teleinformatycznych  i Elektronicznych | | |  |
| **Klasa** | | | | |
|  | | | | |
| **Kierunek kształcenia** | | | | |
|  | | | | |
| **Czy kandydat kształci się w jednej z wymienionych poniżej branż?** | | | | |
| motoryzacyjnej, budowlanej, elektryczno-energetycznej, mechatroniczno-elektronicznej, lotniczej, transportowo-spedycyjno-logistycznej, informatycznej, turystyczno-gastronomicznej | | | | |
| tak | | nie | | |
| **Status kandydata na rynku pracy:** | | | | |
| Osoba bierna zawodowo-uczeń pobierający naukę w systemie dziennym  tak    nie | | | | |
| **Czy kandydat jest osobą niepełnosprawną, w tym osobą z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego?** | | | | |
| tak\*    nie    odmowa podania informacji  \*Jeśli tak, czy kandydat posiada orzeczenie o niepełnosprawności?  tak    nie | | | | |
| **Czy kandydat posiada specjalne potrzeby szkoleniowe?** | | | | |
| tak\*  \*Jeśli tak, to jakie?................................................................................................    nie | | | | |
| **Czy kandydat posiada specjalne potrzeby ze względu na niepełnosprawność?** | | | | |
| tak\*  \*Jeśli tak, to jakie?................................................................................................    nie | | | | |

|  |
| --- |
| **Ilość punktów premiujących** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZ. II GOTOWOŚĆ KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** | |
| W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie, na drugim etapie projektu jestem zainteresowany/a uczestnictwem w (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź):  stażu zawodowym    lub kursie zawodowym zgodnym z kierunkiem kształcenia:    kursie Spawanie podstawowe metodą MAG/TIG  kursie Obsługa wózków widłowych  kursie Transport i spedycja międzynarodowa-umowy, ubezpieczenia, konwencje CMR  kursie Obsługa celna przesyłek  kursie Uprawnienia SEP 1kV  kursie Windows Server Administrator  kursie Animator czasu wolnego  kursie Nowoczesne trendy w przygotowaniu i podawaniu potraw  kursie Barista  kursie Barman | |
| Przeczytaj uważnie wszystkie stwierdzenia i zakreśl jedną spośród pięciu możliwych odpowiedzi:  1 – zdecydowanie się nie zgadzam  2 – raczej się nie zgadzam  3 – nie mam zdania  4 – raczej zgadzam się  5 – zdecydowanie zgadzam się | |
| 1. Jestem zainteresowany/a poszerzeniem swoich kompetencji i kwalifikacji poszukiwanych na rynku pracy. | |
| 1 2 3 4 5 | |
| 1. Przydatne byłyby dla mnie szkolenia z zakresu rozwoju osobistego i poruszania się po rynku pracy | |
| 1 2 3 4 5 | |
| 1. Chcę podnosić swoje kwalifikacje i kompetencje nawet kosztem czasu wolnego. | |
| 1 2 3 4 5 | |
| 1. Jestem przekonany/a, że odbycie dodatkowych szkoleń/kursów/staży w przyszłości pomoże mi znaleźć dobrą pracę. | |
| 1 2 3 4 5 | |
| 1. Chętnie poświęcam czas na wyszukiwanie informacji dotyczących mojego zawodu (np. śledzę portale/czasopisma branżowe, czytam książki związane z branżą). | |
| 1 2 3 4 5 | |
| 1. Lubię podejmować się dodatkowych zajęć/pracy z własnej inicjatywy. | |
| 1 2 3 4 5 | |
| 1. Wypełnianie dużej ilości dokumentów nie stanowi dla mnie problemu. | |
| 1 2 3 4 5 | |
| 1. Łatwo dostosowuję się do określonych zasad i regulaminów i nie mam problemu z ich przestrzeganiem. | |
| 1 2 3 4 5 | |
| **Suma punktów z cz. II** | **Podpis oceniającego** |
|  |  |

**W celu wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych należy zaznaczyć krzyżykiem „x” poniżej wskazane pole.**

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie obejmującym: imię (imiona), nazwisko, imiona rodziców, datę urodzenia, miejsce urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, numer ewidencyjny PESEL, wykształcenie, seria i numer dowodu osobistego, numer telefonu, adres e-mail, numer rachunku bankowego, pochodzenie etniczne, stan zdrowia przez Administratora Danych, którym jest:

* + - 1. Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego - w odniesieniu do zbioru: *„Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014 – 2020”.*
      2. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa - w odniesieniu do zbioru: *„Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.*

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020.

Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją ww. celu.

**UWAGA:** W przypadku osoby niepełnoletniej, formularz zgłoszeniowy powinien zostać podpisany zarówno przez daną osobę, jak i jej prawnego opiekuna.

....................................... ............................................

Miejscowość, data Podpis kandydata/tki

..................................................

Podpis opiekuna prawnego kadydata/tki w przypadku osoby niepełnoletniej

1. gmina Wrocław, Miasto i gmina Jelcz-Laskowice, Miasto i gmina Kąty Wrocławskie, gmina Siechnice, gmina Trzebnica, Miasto i gmina Sobótka, Miasto Oleśnica, gmina Długołęka, gmina Czernica, gmina Kobierzyce, gmina Miękinia, gmina Oleśnica, gmina Wisznia Mała, gmina Żórawina, gmina Oborniki Śląskie [↑](#footnote-ref-1)