

*Załącznik 1 do Regulaminu rekrutacyjnego*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

|   |   |
|---|---|
| <b>Tytuł projektu</b>                           | <i>Absolwent z atrakcyjnym zawodem – program aktywizacji i rozwoju kompetencji wśród uczniów Centrum Kształcenia Praktycznego i Doskonalenia Zawodowego w Rudzie Śląskiej</i>   |
| <b>Beneficjent</b>                              | Miasto Ruda Śląska  |
| <b>Nr umowy</b>                                 | UDA-RPSL.11.02.01-24-006E/17-00   |
| <b>Program operacyjny</b>                       | <i>Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny) dla osi priorytetowej: XI. Wzmocnienie potencjału edukacyjnego dla działania: 11.2. Dostosowanie oferty kształcenia zawodowego do potrzeb lokalnego rynku pracy – kształcenie zawodowe uczniów dla poddziałania: 11.2.1. Wsparcie szkolnictwa zawodowego – ZIT.</i> |
| <b>Czas trwania projektu</b>                    | 1.09.2017 – 31.08.2020  |
| <b>Dane uzupełnia osoba przyjmująca wniosek</b> |   |
| <b>Numer Kandydata w projekcie</b>              |   |
| <b>Data wpływu</b>                              |   |

**Dane uczestnika projektu** (proszę wypełniać **DRUKOWANYMI** literami)

| DANE OSOBOWE       |  |
|--------------------|--|
| 1                  | Imię (imiona)  |
| 2                  | Nazwisko   |
| 3                  | Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| 4                  | Wiek w chwili przystępowania do projektu                                 |
| 5                  | PESEL <input type="checkbox"/> brak numeru PESEL                         |
| 6                  | Data urodzenia   |
| 7                  | Miejsce urodzenia  |
| 8                  | Szkoła   |
| 9                  | Zawód  |
| ADRES ZAMIESZKANIA |  |
| 1                  | Ulica  |
| 2                  | Nr domu/ lokalu  |
| 3                  | Miejscowość  |
| 4                  | Kod pocztowy   |
| 5                  | Województwo  |

| DANE KONTAKTOWE I INNE |   |  |                |  |                         |
|------------------------|---|--|----------------|--|-------------------------|
| 1                      | Telefon   |  |                |  |                         |
| 2                      | Adres e-mail  |  |                |  |                         |
| 3                      | Adres korespondencyjny (w przypadku innego, niż adres zamieszkania) |  |                |  |                         |
| 4                      | wzrost  |  | rozmiar obuwia |  | obwód klatki piersiowej |

| DANE DODATKOWE   |                              |                              |  |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| 1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia                            | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 2. Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności  | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań   | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 4. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących   | <input type="checkbox"/> NIE |                              | <input type="checkbox"/> TAK                       |
| W tym: w gospodarstwie domowym z innymi dziećmi pozostającymi na utrzymaniu niepracujących rodziców/opiekunów prawnych | <input type="checkbox"/> NIE |                              | <input type="checkbox"/> TAK                       |
| 5. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu           | <input type="checkbox"/> NIE |                              | <input type="checkbox"/> TAK                       |
| 6. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)                                      | <input type="checkbox"/> NIE |                              | <input type="checkbox"/> TAK                       |
| - jeżeli tak, to w jakiej?   |                              |                              |  |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU:** Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach ww. danych.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

.....  
CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU<sup>1</sup>

<sup>1</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieletniej deklaracja powinna zostać podpisana zarówno przez daną osobę, jak również jej rodzica/prawnego opiekuna