



Załącznik nr 1a

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Klucz do zawodu – dostosowanie szkolenia zawodowego szkół Powiatu Dzierżoniowskiego do potrzeb rynku pracy”

Nr projektu RPDS.10.04.01-02-0022/16

UCZESTNIK: INDYWIDUALNY/ PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU  
(niewłaściwe skreślić)

	Nazwa	Dane uczestnika
<b>Dane uczestniczki/uczestnika Projektu</b>	Imię (imiona):	
	Nazwisko:	
	PESEL (11 cyfr):	— — — — — — — — — —
	Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> (zakreślić właściwe)
	Kraj	
	Wiek w momencie przystąpienia do projektu (w pełnych latach)	
	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	— — — — — — — —
	Wykształcenie: (zaznaczyć właściwe)	- niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> - podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> - gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> - ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> - policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> - wyższe (ISCED 5-8) <input type="checkbox"/>
<b>Dane kontaktowe</b> adres kontaktowy - korespondencyjny	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr budynku:	
	Nr lokalu:	
	Kod pocztowy:	
	Obszar:	Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski <input type="checkbox"/> Wiejsko – miejski <input type="checkbox"/>
	Województwo:	dolnośląskie
	Powiat:	
	Telefon stacjonarny:	
	Telefon komórkowy:	
	Adres poczty elektronicznej e-mail:	





	nauczyciel kształcenia zawodowego	
<b>Wykonywany zawód</b>	nauczyciel kształcenia ogólnego	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	nauczyciel wychowania przedszkolnego	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	pracownik instytucji rynku pracy	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	rolnik	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	instruktor praktycznej nauki zawodu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	Inny – podać jaki	
<b>Pracodawca dla nauczycieli/ opiekunów stażu</b>	Nazwa instytucji/firmy/szkoły	
	Adres instytucji/firmy/szkoły (ulica, nr domu i lokalu, kod, miejscowość)	
	Numer telefonu instytucji/firmy/szkoły	
	Adres poczty elektronicznej instytucji/firmy/szkoły	
<b>Status uczestnika</b>	- osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>



	- osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	- osoba z niepełnosprawnościami:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	- osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	- osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	- osoba przebywająca w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
	- osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej):	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>(zakreślić właściwe)</i>
<b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie</b>	Data pierwszych zajęć w ramach Projektu:	

1. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie i oświadczam, że zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020.
2. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Zostałem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
3. Zapoznałem(am) się z regulaminem uczestnictwa w Projekcie i w pełni go akceptuję.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie w związku z realizacją projektu, monitoringu i ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego.
5. Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.
6. Wyrażam zgodę na upublicznienie mojego wizerunku w związku z udziałem w projekcie.
7. Mam świadomość, że jestem zobowiązany(na) do zabezpieczenia uczestnictwa w wybranych formach wsparcia i do ich ukończenia.
8. Zobowiązuję się do upowszechniania udziału w szkoleniu poprzez zorganizowanie i przeprowadzenie zajęć pokazowych w szkole, w której jestem zatrudniony z wykorzystaniem poznanych metod pracy.
9. Zobowiązuję się do zorganizowania szkolenia wewnętrznego dla współpracowników szkoły z poznanych podczas wsparcia metod.

.....  
Podpis uczestnika Projektu

.....  
Data podpisania deklaracji