**Formularz zgłoszeniowy**

**Projekt „Kariera młodych w Twoich rękach”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data dostarczenia formularza** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej** |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE** |
| **Imię/Imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **NIP** |  |
| **Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną** | **[ ]  Tak [ ]  Nie**  |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| **Adres zamieszkania** | **ulica** |  |
| **nr domu** |  | **nr lokalu** |  |
| **kod poczt.** |  | **miejscowość** |  |
| **powiat** |  | **gmina** |  |
| **Telefon kontaktowy** | **stacjonarny** |  | **komórkowy** |  |
| **Adres poczty e-mail** |  |
| **KRYTERIA FORMALNE** |
| **Zatrudnienie w szkole** | **[ ]  Gimnazjalnej [ ]  Ponadgimnazjalnej** |
| **W województwie świętokrzyskim, na terenie** |  **[ ]  Gminy wiejskiej  [ ]  Gminy wiejsko – miejskiej** **[ ]  Miasta do 25 tys. mieszkańców** |
| **Zatrudnienie na** | **[ ]  Pełny etat [ ]  Pół etatu [ ]  Inne**  |
| **Zatrudnienie w charakterze** | **[ ]  Doradcy zawodowego****[ ]  Psychologa****[ ]  Pedagoga****[ ]  Nauczyciela – wychowawcy** **[ ]  Nauczyciela**  |
| **KRYTERIA DODATKOWE – decydujące o przydziale do poszczególnych grup** |
| **Posiadane wykształcenie** | **[ ]  Brak wykształcenia kierunkowego** **[ ]  Wykształcenie pedagogiczne****[ ]  Wykształcenie psychologiczne****[ ]  Wykształcenie z zakresu doradztwa zawodowego** **[ ]  Inne** |
| **Posiadane doświadczenie** | **[ ]  Brak lub małe (< 1 roku) doświadczenie w pracy z młodzieżą w obszarze doradztwa zawodowego[ ]  Brak lub małe (< 1 roku) doświadczenie w pracy z młodzieżą w obszarze profilaktyki****[ ]  Duże ( > 1 roku) doświadczenie w pracy z młodzieżą w obszarze doradztwa zawodowego****[ ]  Duże ( > 1 roku) doświadczenie w pracy z młodzieżą w obszarze profilaktyki** |
| **Preferencje projektowe – wszyscy uczestnicy wezmą udział w szkoleni z zakresu ICT** |
| **W jakim szkoleniu zawodowym chciałaby/ chciałby Pani/ Pan uczestniczyć? *(proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)*** | **[ ]  Doradztwo zawodowe****[ ] Profilaktyka** |

|  |
| --- |
| **Oczekiwania:** |
| **Dlaczego zdecydowała/ zdecydował się Pani/ Pan na udział w projekcie?** |
| **Czy ma Pani/ Pan konkretne oczekiwania względem projektu przed jego rozpoczęciem?** **[ ]  Tak [ ]  Nie****Jeśli tak, to jakich korzyści spodziewa się Pani/ Pan w związku z uczestnictwem w projekcie?*****(proszę zaznaczyć nie więcej niż 3 najważniejsze odpowiedzi)*****[ ]  Zdobycia nowych umiejętności zawodowych****[ ]  Poszerzenia możliwości wspierania uczniów w zakresie określania ścieżki kariery zawodowej****[ ]  Rozwoju osobistych predyspozycji****[ ]  Poznania/ poszerzenia wiedzy z zakresu technik profilaktyki****[ ]  Nawiązania kontaktów zawodowych i poznania nowych ludzi****[ ]  Podniesienia poziomu prowadzonych zajęć****[ ]  Możliwości podejmowania działań w kierunku wyrównywania szans młodzieży wiejskiej****[ ]  Inne oczekiwania, jakie?...................................................................................................................................................** |

|  |
| --- |
| **ŻRÓDŁO INORMACJI O PROJEKCIE** |
| **Skąd dowiedziała/ dowiedział się Pani/ Pan o projekcie?** | **[ ]  z kuratorium oświaty****[ ]  od przełożonego****[ ]  poprzez plakat informacyjny****[ ]  poprzez ulotkę informacyjną****[ ]  poprzez stronę internetową fundacji****[ ]  od znajomych****[ ]  inne źródła, jakie?....................................................** |

|  |
| --- |
|  **OŚWIADCZENIE** |
| **Oświadczam, że:**1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.2. Zapoznałam/em się z Regulaminem projektu „Kariera młodych w Twoich rękach” i akceptuję warunki Regulaminu.3. Zostałam/em poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.  3. Jestem świadoma/ y, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału  w projekcie. ................................................................................................................................................(miejscowość, data, podpis) |

**OŚWIADCZENIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI**

**do projektu: „Kariera młodych w Twoich rękach”**

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam że,  kwalifikuję się do grupy Beneficjentów projektu realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, tj. Priorytet IX. Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach, Działanie 9.4 Wysoko wykwalifikowane kadry systemu oświaty, tj. spełniam łącznie następujące wymogi:

* jestem osobą zatrudnioną w szkole gimnazjalnej lub ponadgimnazjalnej;
* szkoła, w której jestem zatrudniona/y znajduje się na obszarze wiejskim (zgodnie z definicją zawartą w Regulaminie) województwa świętokrzyskiego.

……………………………………………

DATA I PODPIS

# OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do projektu „Kariera młodych w Twoich rękach” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki z siedzibą w Warszawie 00-926, ul. Wspólna 2/4;
2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi Projektu;
3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
4. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
5. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

…..……………………… ……………… ……………………………………………

MIEJSCOWOSC I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU