

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZNIA W RAMACH PROJEKTU - załącznik nr 1

Mój potencjał-Moja przyszłość: rozwój systemu doradztwa zawodowego w 21 szkołach podstawowych m.st. Warszawy

CZĘŚĆ A. DANE PROJEKTU	
Beneficjent	MIASTO STOŁECZNE WARSZAWA
Tytuł projektu	<i>Mój potencjał-Moja przyszłość: rozwój systemu doradztwa zawodowego w 21 szkołach podstawowych m.st. Warszawy</i>
Nr projektu	RPMA.10.03.01-14-i931/22
Czas trwania projektu	01.03.2023 - 31.12.2023
Program	Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego 2014-2020
Priorytet	X Edukacja dla rozwoju regionu
Działanie	10.3 Doskonalenie zawodowe
Poddziałanie	10.3.1.Doskonalenie zawodowe uczniów

CZĘŚĆ B. DANE OSOBOWE											
1. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU											
IMIĘ					NAZWISKO						
PESEL											
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEТА					<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA					
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU											
2. ADRES ZAMIESZKANIA											
WOJEWÓDZTWO				POWIAT				GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ				ULICA							
NR BUDYNKU				NR LOKALU				KOD POCZTOWY			
OBSZAR ZAMIESZKANIA	<input type="checkbox"/> miejski					<input type="checkbox"/> wiejski					
3. ADRES DO KORESPONDENCJI*											
WOJEWÓDZTWO				POWIAT				GMINA			

* Należy uzupełnić, jeżeli jest inny niż zamieszkania

MIEJSCOWOŚĆ		ULICA	
NR BUDYNKU		NR LOKALU	KOD POCZTOWY
4. DANE KONTAKTOWE			
TELEFON KONTAKTOWY		ADRES E-MAIL	
5. DANE DOTYCZĄCE EDUKACJI			
NAZWA SZKOŁY			
KLASA			
4. INFORMACJE OGÓLNE			
Czy brałeś/-aś kiedyś już udział w badaniu swoich zainteresowań i predyspozycji?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI		
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI		
Dodatkowe potrzeby organizacyjne wynikające z niepełnosprawności – jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeb		
JAKIE MASZ OCZEKIWANIA ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W PROJEKcie?			
<input type="checkbox"/> uzyskanie nowej wiedzy i umiejętności	<input type="checkbox"/> zdobycie informacji nt. zawodów, specyfiki pracy w różnych firmach		
<input type="checkbox"/> nabycie wiedzy nt. predyspozycji zawodowych i możliwości rozwoju osobowo-zawodowego	<input type="checkbox"/> przygotowanie do wejścia na rynek pracy		
	<input type="checkbox"/> inne, jakie?		
UDZIAŁEM W JAKICH ZAJĘCIACH JESTEŚ NAJBARDZIEJ ZAINTERESOWANY/-A?			
<input type="checkbox"/> indywidualna diagnoza predyspozycji zawodowych	<input type="checkbox"/> warsztaty prowadzone przez przedsiębiorców i pracowników HR w firmach, warsztaty prowadzone przez pracowników naukowych uczelni,		
<input type="checkbox"/> wycieczki zawodoznawcze do firm	<input type="checkbox"/> udział w spotkaniach z udziałem przedstawicieli szkół zawodowych oraz nauczycieli kształcenia zawodowego prowadzonych w szkołach zawodowych z wykorzystaniem pracowni zawodowych		
	<input type="checkbox"/> inne, jakie?		

Oświadczam, iż wszystkie podane powyżej informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem rzeczywistym.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku mojego syna / córki na potrzeby realizacji projektu **Mój potencjał-Moja przyszłość: rozwój systemu doradztwa zawodowego w 21 szkołach podstawowych m.st. Warszawy**. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i upowszechniania i zapewnienia trwałości projektu poprzez zamieszczanie zdjęć na stronach internetowych, w różnego rodzaju wydawnictwach i publikacjach oraz w prasie, czy rozpowszechnianie nakręconych w trakcie realizacji poszczególnych form wsparcia, materiałów filmowych itp.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego
w przypadku uczniów niepełnoletnich

WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA

SPEŁNIENIE KRYTERIÓW FORMALNYCH	TAK/NIE* (ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE)
KWALIFIKACJA DO PROJEKTU	TAK/NIE* (ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE)
UWAGI	

Podpisy (podpis wraz z datą) członków Komisji Rekrutacyjnej:

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