**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

*Formularz prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami, a w polach wyboru właściwą odpowiedź należy zaznaczyć x*

**I. Dane Projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu: | Świętokrzyscy hotelarze dla rynku pracy |
| Numer Projektu: | RPSW.08.05.01-26-0082/16  |
| Numer i nazwa Priorytetu: | Priorytet 8. Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo |
| Numer i nazwa Działania: | Działanie 8.5 Rozwój i wysoka jakość szkolnictwa zawodowego oraz kształcenia ustawicznego |
| Numer i nazwa Poddziałania | Poddziałanie 8.5.1 Podniesienie jakości kształcenia zawodowego oraz wsparcie na rzecz tworzenia i rozwoju CKZiU |

**II. Dane uczestnika Projektu, który otrzymuje wsparcie w projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ |  |
| NAZWISKO: |  |
| PŁEĆ: | * KOBIETA
* MĘŻCZYZNA
 |
| WIEK |  |
| PESEL: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| *DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA* |
| ULICA: |  |
| NUMER DOMU: |  |
| NUMER LOKALU: |  |
| MIEJSCOWOŚĆ: |  |
| OBSZAR: | * MIEJSKI
* WIEJSKI
 |
| KOD POCZTOWY: |  |
| WOJEWÓDZTWO: |  |
| POWIAT: |  |
| TELEFON STACJONARNY: |  |
| TELEFON KOMÓRKOWY: |  |
| ADRES E-MAIL: |  |
| *DANE DODATKOWE* |
| Ocena z języka angielskiego na koniec poprzedniego semestru |  | Ocena z matematyki na koniec poprzedniego semestru 6 |  |
| Ocena z zachowaniana koniec poprzedniego semestru |  | Kierunek (hotelarstwo, gastronomia, inny) |  |
| Wybór kursu zawodowego\* | * Kurs barmański
* Kurs baristyczny
* Kurs kelnerski
* Kurs sommelierski
 |
| Wybór kompetencji kluczowych\* | * Kompetencje matematyczno-techniczne
* Kompetencje językowe – język angielski
* Kompetencje informatyczne ICT
* Kompetencje społeczne i przedsiębiorczość
 |
| Deklaruję chęć uczestnictwa w płatnych stażach zawodowych w woj. świętokrzyskim\* |
| TAK | NIE |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności\* |
| TAK | NIE |
| *INFORMACJE DODATKOWE WYMAGANE W PROCESIE REKRUTACJI* |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia. | * TAK
* NIE
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań. | * TAK
* NIE
 |
| Osoba z niepełnosprawnościami. | * TAK
* NIE
 |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących: | * TAK
* NIE
 |
| w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu. | * TAK
* NIE
 |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu. | * TAK
* NIE
 |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | * TAK
* NIE
 |

\*właściwy wybór zakreślić

……………………………….. ……………………………...

miejscowość i data czytelny podpis uczestnika

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Świętokrzyscy hotelarze dla rynku pracy” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
	2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
	3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Świętokrzyscy hotelarze dla rynku pracy”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu;
	4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Regionalna Organizacja Turystyczna Województwa Świętokrzyskiego, 25-033 Kielce, ul. Ściegiennego 2/32 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPO WŚ;
	5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
	6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

…………………………………….. ……………….……………………….....

miejscowość i data czytelny podpis uczestnika

 oraz rodzica/opiekuna

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Projekt realizowany przez Regionalną Organizację Turystyczną Województwa Świętokrzyskiego

ul. Ściegiennego 2/32, 25-033 Kielce

Termin realizacji: **01.03.2017 - 28.02.2019**

Imię i nazwisko……………………………………...

Adres zamieszkania……………………………........

……………………………………………………….

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że:

|  |  |
| --- | --- |
|  | wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „Świętokrzyscy hotelarze dla rynku pracy”, |
|  | zapoznałem/am się z regulaminem projektu  |
|  | zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. |

…………………………………….. ……………….……………………….....

miejscowość i data czytelny podpis uczestnika

 lub rodzica/opiekuna

**Zgoda rodziców/opiekunów prawnych**

(dotyczy uczestników, którzy w dniu przystąpienia do projektu nie mają ukończonych 18 lat)

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego………………………………………………………………………..

Adres rodzica/opiekuna prawnego…………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego………………………………………………………………...

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka………………………………………………… w projekcie pt. „Świętokrzyscy hotelarze dla rynku pracy”

1. Potwierdzam prawidłowość informacji zawartych w Formularzy zgłoszeniowym dziecka.
2. Jestem świadomy/a, iż moje dziecko uczestnicząc w projekcie zobowiązane jest do przestrzegania Regulaminu uczestnictwa w projekcie.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki zawarte w Regulaminie uczestnictwa w projekcie.
4. Oświadczam, że stan zdrowia dziecka nie wykazuje przeciwwskazań do udziału w zajęciach projektowych

Realizator odpowiada za bezpieczeństwo dziecka wyłącznie w trakcie zajęć.

……………………………….. ………….………………………...

miejscowość i data czytelny podpis rodzica/opiekuna