*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

Data wpływu formularza:

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIA DO PROJEKTU**

„Świętokrzyskie ZSCKR kształcą nowocześnie i adekwatnie do aktualnych wyzwań”

UWAGA:

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularz musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK lub NIE DOTYCZY.
2. W przypadku jakichkolwiek skreśleń, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

**DANE SZKOŁY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Szkoły | ZSCKR w Chrobrzu |
| Nazwa kierunku kształcenia | 🞏 technik żywienia i usług gastronomicznych  🞏 technik rolnik |
| Klasa | 🞏 I  🞏 II  🞏 III  🞏 IV |

**DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **DANE PERSONALNE** | | | |
|  | Nazwisko |  | | |
|  | Imię |  | | |
|  | Pesel | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
|  | Płeć (proszę zaznaczyć właściwe) | 🞏 Kobieta | | 🞏 Mężczyzna |
|  | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | | |
|  | Wykształcenie |  | | |
|  | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu |  | | |
|  | Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia |  | | |
|  | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  TAK | 🞏 Tak  🞏 Nie  🞏 Odmowa podania informacji | | |
|  | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | 🞏 Tak  🞏 Nie  🞏 Odmowa podania informacji | | |
|  | Osoba z niepełnosprawnościami | 🞏 Tak  🞏 Nie  🞏 Odmowa podania informacji | | |
|  | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | 🞏 Tak  🞏 Nie  🞏 Odmowa podania informacji | | |
|  | **ADRES ZAMELDOWANIA** | | | |
| Województwo |  | | |
| Powiat |  | | |
| Gmina |  | | |
| Miejscowość |  | | |
| Ulica, nr domu i lokalu |  | | |
| Kod pocztowy |  | | |
|  | **ADRES DO KORESPONDENCJI (JEŻELI JEST INNY NIŻ ZAMELDOWANIA)** | | | |
| Województwo |  | | |
| Powiat |  | | |
| Gmina |  | | |
| Miejscowość |  | | |
| Ulica, nr domu i lokalu |  | | |
| Kod pocztowy |  | | |
|  | **KONTAKT** | | | |
| Nr telefonu komórkowego ucznia | |  | |
| Nr telefonu komórkowego rodzica/prawnego opiekuna ucznia | |  | |
| E-mail ucznia | |  | |

**OCENY UCZESTNIKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INFORMACJE O UZYSKANYCH OCENACH I MOTYWACJI UCZNIA** | |
| Średnia ocen na koniec roku szkolnego (poprzedni rok szkolny, w przypadku klasy I – z pierwszego półrocza) |  |
| **Opis motywacji do udziału w projekcie oraz planów na przyszłość ucznia** | |
|  | |

**FORMY WSPARCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zajęcia**  **podstawowe** | Zajęcia z zakresu kompetencji kluczowych | | |
| Matematyka | 60 godzin | TAK  NIE |
| Język obcy (jeden do wyboru) | 30 godzin (angielski) | TAK  NIE |
| 30 godzin (niemiecki) | TAK  NIE |
| Przedsiębiorczość | 20 godzin | TAK  NIE |
| Zajęcia i warsztaty z psychologiem | | |
| Indywidualne doradztwo edukacyjno-zawodowe - symulacje rozmów kwalifikacyjnych | 1 godzina/uczeń | TAK  NIE |
| Warsztaty dotyczące autoprezentacji | 30 godzin/grupa | TAK  NIE |
| Indywidualne spotkania z psychologiem | 1 godzina/uczeń | TAK  NIE |

**OCENY UCZESTNIKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INFORMACJE O UZYSKANYCH OCENACH UCZNIA** | |
| Średnia ocen z przedmiotów zawodowych za poprzedni rok szkolny, w przypadku klasy I – z pierwszego półrocza) |  |

**DODATKOWE FORMY WSPARCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zajęcia**  **dla kierunku technik żywienia i usług gastronomicznych** | Zajęcia z zakresu kompetencji kluczowych | | |
| Kurs baristyczny z elementami cafe art. | 26 godzin | TAK  NIE |
| Kurs carvingu | 16 godzin | TAK  NIE |
| Kurs profesjonalna obsługa konsumenta | 30 godzin | TAK  NIE |
| Kurs obsługi programu GastroPOS | 15 godzin | TAK  NIE |
| Praktytki u pracodawcy | | |
| Płatne praktyki u pracodawcy | 150 godzin | TAK  NIE |
| **Zajęcia**  **dla kierunku**  **technik rolnik** | Zajęcia z zakresu kompetencji kluczowych | | |
| Kurs operatora koparko-ładowarki | 134 godziny | TAK  NIE |
| Kurs inseminacji | 40 godzin | TAK  NIE |
| Kurs groomerski | 44 godziny | TAK  NIE |
| Kurs obsługi drona | 64 godziny | TAK  NIE |
| Kurs wózki widłowe z obsługą kasy fiskalnej i programem magazynowym | 35 godzin | TAK  NIE |
| Praktyki u pracodawcy | | |
| Płatne praktyki u pracodawcy | 150 godzin | TAK  NIE |

**WYJAZDY EDUKACYJNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyjazdy edukacyjne**  **dla kierunku technik żywienia i usług gastronomicznych** | Wyjazdy edukacyjne | |
| Wyjazd edukacyjny na Targi Gastrotech | TAK  NIE |
| Wjazd edukacyjny na Targi Horeca | TAK  NIE |
| **Wyjazdy edukacyjne dla kierunku**  **technik rolnik** | Wyjazdy edukacyjne | |
| Wyjazd edukacyjny na Targi Agrotech | TAK  NIE |
| Wyjazd edukacyjny do Ziołowego Zakątka | TAK  NIE |
| Wyjazd edukacyjny do Kombinatu Rolnego Kietrz | TAK  NIE |
| Wyjazd edukacyjny na Międzynarodową Wystawę Rolniczą w Bednarach | TAK  NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………... | ……………………………... | ……………………………... |
| /Miejscowość i data/ | /Podpis ucznia/ | /Podpis rodzica/prawnego opiekuna ucznia/ |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„Świętokrzyskie ZSCKR kształcą nowocześnie i adekwatnie do aktualnych wyzwań”**

Ja niżej podpisany/a .......................................................................................... (imię i nazwisko)

zamieszkały/a ........................................................................................................................................................

(adres zameldowania)

**Nr PESEL** ...........................................................................................

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Świętokrzyskie ZSCKR kształcą nowocześnie i adekwatnie do aktualnych wyzwań” realizowanym przez Ośrodek Promowania i Wspierania Przedsiębiorczości Rolnej w Sandomierzu. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Działanie 8.5 Rozwój i wysoka jakość szkolnictwa zawodowego i kształcenia ustawicznego, Poddziałanie 8.5.1 Podniesienia jakości kształcenia zawodowego oraz wsparcie na rzecz tworzenia i rozwoju CKZiU.
2. Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem Projektu i spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w ww. Projekcie.
3. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby projektu „Świętokrzyskie ZSCKR kształcą nowocześnie i adekwatnie do aktualnych wyzwań”.
4. Oświadczam, że jestem uczniem/uczennicą Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Chrobrzu.
5. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Świętokrzyskie ZSCKR kształcą nowocześnie i adekwatnie do aktualnych wyzwań” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) w celu monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na upowszechnianie mojego wizerunku w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.).
8. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.

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

data i podpis uczestnika oraz rodzica lub opiekuna prawnego ucznia małoletniego\*

\*) Zalecane jest, aby podpisanie deklaracji miało miejsce w dniu rozpoczęcia udziału w pierwszej formie wsparcia realizowanej w ramach projektu (pierwszy dzień zajęć).

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Świętokrzyskie ZSCKR kształcą nowocześnie i adekwatnie do aktualnych wyzwań”** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 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. administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
  3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata   
     2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:

1. udzielenia wsparcia,
2. potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
3. monitoringu,
4. ewaluacji,
5. kontroli,
6. audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
7. sprawozdawczości,
8. rozliczenia projektu,
9. zachowania trwałości projektu,
10. archiwizacji.
    1. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego  
        i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020).
    2. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt – **Ośrodkowi Promowania i Wspierania Przedsiębiorczości Rolnej** 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 RPOWŚ 2014 - 2020;
    3. Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postepowań administracyjnych.
    4. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
    5. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
    6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu **RPSW.08.05.01‑26‑0049/19** oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
    7. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………. | ………………………………………………. |
| *Miejscowość i data* | *Czytelny podpis uczestnika projektu[[1]](#footnote-1)\** |

**PISEMNA ZGODA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW**

**Ja, niżej podpisany(a),** ………………………………………………………………………………………….…..........

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

**zamieszkały(a)**…………………………………………………………………………………………   
 (adres zamieszkania: - kod, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania)

**wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego syna/mojej córki**

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

(imię i nazwisko syna/córki)

w projekcie „Świętokrzyskie ZSCKR kształcą nowocześnie i adekwatnie do aktualnych wyzwań”współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Działanie 8.5 Rozwój i wysoka jakość szkolnictwa zawodowego i kształcenia ustawicznego, Poddziałanie 8.5.1 Podniesienie jakości kształcenia zawodowego oraz wsparcie na rzecz tworzenia i rozwoju CKZiU, realizowanym w okresie od 15.01.2020 r. do 31.12.2021 r.

1. Potwierdzam prawidłowość informacji zawartych w Formularzu 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 z Regulaminu uczestnictwa w Projekcie.
4. Oświadczam, że stan zdrowia dziecka nie wykazuje przeciwwskazań do udziału w Projekcie.
5. Realizator odpowiada za bezpieczeństwo dziecka wyłącznie w trakcie zajęć.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych mojego dziecka (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) w celu monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu.
7. Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że: administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 – Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego, reprezentowany przez Zarząd Województwa z siedzibą w Kielcach, Al. IX Wieków Kielc 3. Dane osobowe mojego dziecka będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi Projektu. Dane osobowe mojego dziecka mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu. Mam prawo dostępu do treści danych mojego dziecka i ich poprawiania.

…………………………………………………………

data i czytelny podpis rodzica / opiekuna

1. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-1)