

**Załącznik nr 1/U-U**

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIA/UCZENNICY

do udziału w projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus  
w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027  
Działanie 10.4 Kształcenie zawodowe Priorytet X Lepsza edukacja

|                        |                                                                                                      |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tytuł projektu:</b> | <b>„WIEDZA, PRAKTYKA, KOMUNIKACJA – GWARANCJĄ SUKCESU”</b>                                           |
| <b>Beneficjent:</b>    | Miasto Chełm/ Zespół Szkół Technicznych w Chełmie im. gen. Zygmunta Bohusza-Szyszko, ul. Graniczna 2 |
| <b>Nr Wniosku</b>      | FELU.10.04-IZ.00-0044/24                                                                             |

## I. DANE PODSTAWOWE UCZNIĄ/UCZENNICY

**1. Nazwisko Ucznia/Uczennicy (proszę wypełnić drukowanymi literami)**

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

**2. Imię/imiona**

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

### 3. PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                              |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna<br><input type="checkbox"/> Nieokreślona |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                          |                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|
| Zespół Szkół Technicznych w Chełmie<br>im. gen. Zygmunta Bohusza-Szyszko | Klasa                         |  |
|                                                                          | Imię i nazwisko<br>Wychowawcy |  |

## II. DANE TELEADRESOWE UCZNIĄ/UCZENNICY

|                               |  |              |  |
|-------------------------------|--|--------------|--|
| Miejscowość /<br>kod pocztowy |  |              |  |
| Ulica / nr domu/<br>nr lokalu |  |              |  |
| Województwo/<br>powiat/ gmina |  |              |  |
| Nr telefonu                   |  | Adres e-mail |  |

### III. Obywatelstwo

|                                                                              |                              |                              |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE                              | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Obywatelstwo polskie                                                         | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

#### IV. Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu

|                                                         |                                                           |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Osoba obcego pochodzenia                                | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Osoba państwa trzeciego (w tym m.in.: Ukraina, Rumunia) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

|                                                       |                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie<br><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| V. Dane dodatkowe                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |                                                                                |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań                                                                                                                                                                                                                            |                                                           | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                      |                                                           |
| Osoba z niepełnosprawnościami                                                                                                                                                                                                                                                              | <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 |
| <b>Uczeń/uczenica wychowuje się w rodzinie wielodzietnej<sup>1</sup></b><br>Zgodnie z art. 20b pkt 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j.: Dz.U. z 2004 r. nr 256, poz. 2572, z późn. zm.) wielodzietność rodziny oznacza, że rodzina wychowuje troje i więcej dzieci |                                                           | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                      |                                                           |
| <b>Uczeń/uczenica wychowuje się w rodzinie niepełnej<sup>2</sup></b><br>Rodzinę „niepełną” tworzy jeden dorosły i wychowywane przez niego dziecko (dzieci)”.                                                                                                                               |                                                           | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                      |                                                           |
| Uczeń/Uczenica ma doświadczenie migracji, przybył/a z zagranicy <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                               |                                                           | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                      |                                                           |
| Odmowa podania powyższych informacji: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                                                                                                                                                                                            |                                                           |                                                                                |                                                           |
| W przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności proszę wypełnić rubrykę poniżej                                                                                                                                                                                                     |                                                           |                                                                                |                                                           |
| Wymagam następujących udogodnień/ dostosowań:<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                                                |                                                           |

| VI. DANE TELEADRESOWE RODZICÓW/ PRAWNYCH OPIEKUNÓW                                                        |  |                                                                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko Ojca/ Prawnego Opiekuna                                                                   |  | Imię i nazwisko Matki/ Prawnej Opiekunki                                                                  |  |
| Adres zamieszkania Ojca/ Prawnego Opiekuna                                                                |  | Adres zamieszkania Matki/ Prawnej Opiekunki                                                               |  |
| .....<br>kod                      miejscowość<br>.....<br>ulica                      / nr domu/mieszkania |  | .....<br>kod                      miejscowość<br>.....<br>ulica                      / nr domu/mieszkania |  |
| Nr telefonu .....                                                                                         |  | Nr telefonu .....                                                                                         |  |
| Adres e-mail .....                                                                                        |  | Adres e-mail .....                                                                                        |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Niniejszym deklaruję swój udział w co najmniej jednej z poniższych form wsparcia, oferowanych w ramach projektu:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 1) <b>W ramach zad. 1. Zajęcia dodatkowe prowadzone przez nauczycieli:</b><br>a) Warsztaty: WYKORZYSTANIE ODNAWIALNYCH ŹRÓDEŁ ENERGII (OZE), (kl. I-V Tech i I-III SzB), liczba godz.: 40 godz. – 2-4godz./tyg.;<br>b) Warsztaty: WYKORZYSTANIE TECHNOLOGII CYFROWYCH W PRACY ZAWODOWEJ, (kl. I-V Tech i I-III SzB), liczba godz.: 6 godz. – 2-4godz./tyg.;<br>c) Warsztaty: PROGRAMOWANIE INTERNETU RZECZY (Internet of Things - IoT) w kontekście Zielonej Transformacji (kl. I-V Tech i I-III SzB), liczba godz.: 32 godz. – 2-4godz./tyg.;<br>d) KURS ROBOTYKI PRZEMYSŁOWEJ (kl. I-V Tech i I-III SzB), liczba godz.: 40 godz. – 2-4godz./tyg.; |

<sup>1</sup> W przypadku odpowiedzi TAK, wypełnić Załącznik nr 5 do Regulaminu.

<sup>2</sup> Jak wyżej.

<sup>3</sup> W przypadku odpowiedzi TAK, wypełnić Załącznik nr 6 do Regulaminu.

- e) Warsztaty: DIAGNOSTYKA SAMOCHODÓW HYBRYDOWYCH I ELEKTRYCZNYCH (kl. I-V Tech i I-III SzB), liczba godz.: 32 godz. – 2-4godz./tyg.;
  - f) Warsztaty: PROJEKTOWANIE I DRUKOWANIE OBIEKTÓW GRAFIKI (kl. I-V Tech i I-III SzB), liczba godz.: 32 godz. – 2-4godz./tyg.;
- 2) **W ramach zad. 2. Zajęcia prowadzone przez pracodawców i wyjazdy edukacyjne:**
- a) Kurs: TURBOSPREŻARKA, CZYLI JAK ZWIĘKSZYĆ MOC SILNIKA (kl. I-III SzB), liczba godz.: 40 godz. (w tym 24h praktyka) – 10 godz./miesiąc;
  - b) Wyjazd edukacyjny na Politechnikę Lubelską – łącznie 5 gr,\*15 U-U.
- 3) **W ramach zad. 4. Zajęcia prowadzone przez firmy zewnętrzne dające uprawnienia i kwalifikacje:**
- a) KURS PROGRAMOWANIA I OBSŁUGI OBRABIAREK STEROWANYCH NUMERYCZNIE ZWYKORZYSTANIEM OBRABIARKI CNC (kl. I-V Tech i I-III SzB) 54godz. – 2-4 godz. /tyg.;
  - b) KURS WYKORZYSTANIA OPROGRAMOWANIA CAD (Solid Edge) z elementami druku 3D (kl. I-V Tech i I-III SzB), 36 godz. – 2-4 godz./tyg.;
  - c) KURS: EKSPLOATACJA URZĄDZEŃ I INSTALACJI DO 1 kV (SEP - uprawnienia SEP); (kl. I-III SzB), 8 godz. – 2-4 godz./tyg.;
  - d) KURS: KONFIGURACJA ROUTERÓW MIKROTIK – (kl. I-V Tech i I-III SzB) 24godz. – 2-4 godz. /tyg.;
- 4) **W ramach zad. 6. Wsparcie psychologiczno-pedagogiczne:**
- a) ROZPOZNAWANIE EMOCJI: NAUKA ROZPOZNAWANIA I INTERPRETOWANIA UCZUĆ INNYCH OSÓB. BUDOWANIE EMPATII, NAUKA ASERTYWNOŚCI –: 6 godz. – 2godz./tyg.
  - b) PRAKTYKA ROZWIĄZYWANIA KONFLIKTÓW I NEGOCJACJI W GRUPIE. PODSTAWY MEDIACJI – 6 godz. – 2godz./tyg.;
  - c) WPROWADZENIE DO UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH I BUDOWANIE POCZUCIA WŁASNEJ WARTOŚCI W OPARCIU O MOCNE STRONY. DOSTRZEGANIE I WYKORZYSTYWANIE W SYTUACJACH SPOŁECZNYCH SWOICH MOCNYCH STRON – 6 godz. – 2godz./tyg.
  - d) AUTOPREZENTACJA I ROZWIJANIE PEWNOŚCI SIEBIE. ROZWIJANIE UMIEJĘTNOŚCI MÓWIENIA O SOBIE, SWOICH SUKCESACH I ZALETACH; 6 godz. – 2godz./tyg.
  - e) KOMUNIKACJA WERBALNA: UMIEJĘTNOŚĆ JASNEGO WYRAŻANIA MYŚLI I UCZUĆ. KOMUNIKACJA NIEWERBALNA: ZNACZENIE GESTÓW, MIMIKA TWARZY I POSTAWY CIAŁA – 6 godz. – 2godz./tyg.;
- 5) **W ramach zad. 7. Centrum Doradztwa Zawodowego:**
- a) Konsultacje indywidualne- spotkania indywidualne min. 280Ux2godz.;
  - b) Konsultacje indywidualne: SWOT, predyspozycje, pomoc w pisaniu dokumentów aplikacyjnych/planowaniu rozwoju, planowanie ścieżki edukacyjnej i rozwoju zawodowego – 180Ux3godz.=540 godz.,
  - c) Zajęcia: ZAWODOWE PORTFOLIO – 6 godz. - 1-2 godz./tyg.;
  - d) Zajęcia JAK ZAŁOŻYĆ WŁASNĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ - 6 godz. - 1-2 godz./tyg.;
  - e) Zajęcia ZAIWESTUJ W SIEBIE/JAK ODNIEŚĆ SUKCES - 6 godz. - 1-2 godz./tyg.;
  - f) Zajęcia JAK SKUTECZNIE PROMOWAĆ SVOJĄ FIRME – 6 godz. - 1-2 godz./tyg.

## OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDAKI

### **Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:**

Deklaruję chęć udziału w projekcie „WIEDZA, PRAKTYKA, KOMUNIKACJA – GWARANCJĄ SUKCESU”.

- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie.
- Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie oświadczam, że akceptuję warunki *Regulaminu*.
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz ze środków budżetu państwa.
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami, migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości, osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej), z zastrzeżeniem, że odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

➤ W związku z kandydowaniem na Uczestnika projektu „WIEDZA, PRAKTYKA, KOMUNIKACJA – GWARANCJĄ SUKCESU”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz wizerunku (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.), do celów związanych z realizacją i promocją projektu „WIEDZA, PRAKTYKA, KOMUNIKACJA – GWARANCJĄ SUKCESU”, w ramach Działania 10.4 Kształcenie zawodowe Priorytetu X Lepsza edukacja programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

- Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. wyżej wymienione dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu ewaluacji, kontroli, audytu oraz sprawozdawczości w ramach realizacji programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027;
2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i usług Projektu;
3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027;
4. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
5. mam prawo dostępu do swoich danych i ich poprawiania;
6. moja zgoda obejmuje również przetwarzanie ww. danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które odbędzie się do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w Projekcie.

- Jestem świadomy/a, iż złożenie *Formularza zgłoszeniowego* nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

**Upprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis pełnoletniego Uczestnika/-ki  
lub Rodzica/Prawnego Opiekuna  
Uczestnika/-czki niepełnoletniego/-j