Załącznik nr 1

do Deklaracji uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

„***Rozwój kształcenia ogólnego w szkołach Powiatu Mogileńskiego II***”

Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa 10
Innowacyjna edukacja, Działanie 10.2 Kształcenie ogólne i zawodowe, Poddziałanie 10.2.2 Kształcenie ogólne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Nazwa** |
| **Dane uczestnika**  | 1 | Imię (imiona)  | Nazwisko  |
| 2 | Data urodzenia | Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w latach)  |
| 3 | Płeć (zaznacz właściwe) Kobieta Mężczyzna  |
| 4 |  PESEL

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

 |
| 5 |  Wykształcenie (zaznacz właściwe) podstawowe gimnazjalne inne: ……………………………………………… |
| 6 | Szkoła (zaznacz właściwe) Liceum ogólnokształcące Klasa ………………….. |
| **Dane kontaktowe**  | 7 | Ulica  | Nr budynku / Nr lokalu |
| 8 | Miejscowość  | Kod pocztowy  |
| 9 | Gmina | Powiat  |
| 10 | Województwo | Kraj |
| 11 | Obszar (zaznacz na jakim obszarze leży miejscowość wymieniona w punkcie 8.) miejski wiejski  |
| 12 | Telefon kontaktowy\*……………………………………………………………. Nie posiadam  | e-mail \*……………………………………………………………. Nie posiadam |
|  | \*Aby brać udział w projekcie należy wypełnić co najmniej jedną rubrykę poprzez podanie danych kontaktowych |
| **Status osoby w chwili przystąpienia do projektu** | 13 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jestem osobą bierną zawodowo, w tym uczącą się |  tak |  nie |
| Jestem osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | **□** tak | □ nie | □ odmowa podania informacji |
| Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  tak |  nie |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami | □ tak | □ nie | □ odmowa podania informacji |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  | □ tak | □ nie | □ odmowa podania informacji |
| Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia |

|  |
| --- |
|  - - r. |

 |

 |
|  **Wybór formy wsparcia**  | 14 | * **1. Realizacja działań na rzecz rozwijania i kształtowania kompetencji kluczowych lub umiejętności uniwersalnych uczniów:**

**Dla uczniów Zespołu Szkół w Mogilnie:*** + Zajęcia kształtujące z matematyki
	+ Zajęcia rozwijające z matematyki - oparte na metodzie eksperymentu
	+ Zajęcia rozwijające z języka angielskiego
	+ Zajęcia kształtujące z języka angielskiego
	+ Zajęcia rozwijające z fizyki - oparte na metodzie eksperymentu
	+ Zajęcia kształtujące z chemii - oparte na metodzie eksperymentu
	+ Zajęcia rozwijające z biologii - oparte na metodzie eksperymentu
	+ TIK – Projektowanie w rzeczywistości wirtualnej

**Dla uczniów Zespołu Szkół w Bielicach:*** + Zajęcia rozwijające z języka angielskiego
	+ Zajęcia kształtujące z języka angielskiego
	+ Zajęcia rozwijające z chemii - oparte na metodzie eksperymentu

 **Dla uczniów Zespołu Szkół w Strzelnie:*** + Zajęcia kształtujące z matematyki
	+ Zajęcia rozwijające z języka angielskiego
	+ Zajęcia kształtujące z języka angielskiego
	+ Zajęcia rozwijające z biologii - oparte na metodzie eksperymentu
	+ Zajęcia rozwijające z geografii - oparte na metodzie eksperymentu
* **2. Wysokiej jakości staże:**

 Staż Branża …………………………………………………………………. |
| **Dodatkowe** | 15 |  Oświadczam, że wyżej wybrane przeze mnie formy wsparcia odpowiadają na moje indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz są zgodne z moimi możliwościami psychofizycznymi bądź niepełnosprawnościami. |
| 16 | Oświadczam, że nie korzystałem/łam z formy wsparcia - STAŻU w ramach poddziałania 10.2.2 RPO WK-P 2014-2020 (dot. pkt14 ust.2). |
| 17 |  Oświadczam, że jestem zainteresowany wybranymi przeze mnie formami wsparcia, ponieważ : ………………………………………………………………………………………………………………………………….  |
| 18 |  Ułatwienia dla osób niepełnosprawnych (opcjonalnie) ………………………………. |
|  |  |

…………………………dnia,……………………………. …..………………………………………………..

 Miejscowość, data Czytelny podpis uczestnika

……………………………………………………………………………………

 Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego *-*

 obowiązkowe w przypadku **uczestników niepełnoletnich**