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**