***Nazwa projektu:*****„Wsparcie kształcenia programistów w Technicznych Zakładach Naukowych”**

 ***nr wniosku: FESL.10.23-IZ.01-0780/23-003***

***Realizacja projektu w ramach***

***Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Fundusz na rzecz Sprawiedliwej Transformacji)***

***dla Priorytetu: FESL.10.00-Fundusze Europejskie na transformację***

***dla Działania: FESL.10.23-Edukacja zawodowa w procesie sprawiedliwej transformacji regionu***

**Załącznik nr 1** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DANE OSOBOWE:** (proszę wypełnić drukowanymi literami*)*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/imiona |  |
| Nazwisko |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Miejsce urodzenia** |  |
| **Płeć (Kobieta/Mężczyzna)** |  K M  |
| **PESEL** |  |
| **Wykształcenie** | podstawowe |
| Kierunek kształcenia |  |
| Status osoby na rynku pracy**W chwili przystąpienia do projektu** |  bierna zawodowo |

**ADRES ZAMELDOWANIA:** *(proszę wypełnić drukowanymi literami)*

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| **Obszar (wiejski/miejski)** |  |
| **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| Nr tel. komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |

**STATUS W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:** *(właściwe zaznacz „x”)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Odpowiedź** | **Tak** | **Nie** | **Odmowa podania informacji** |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** |  |  |  |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** |  |  |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** |  |  |  |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji** |  |  |  |

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 KK za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że:**

1. Zapoznałe/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa i akceptuję jego zapisy.
2. Wyrażam zgodę na wykorzystanie i rozpowszechnianie przez Fundację Szkolną Technicznych Zakładów Naukowych **mojego wizerunku /wizerunku mojego dziecka**\*\* do celów związanych
z monitoringiem, kontrolą i ewaluacją realizowanego Projektu oraz na potrzeby informacji
i promocji w szczególności w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach, pod warunkiem, ze zostały wykonane w trakcie trwania Projektu.
3. Wyrażam zgodę na udział **mój / mojego dziecka\*\*** w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
4. Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam podpisem.

*………………………………… ……………………………………*

*(miejscowość i data) (czytelny podpis Ucznia/*

*rodzica/prawnego opiekuna\*\*//lub nauczyciela*