

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W DODATKOWYCH DZIAŁANIACH PROJEKTU
OBEJMUJĄCYCH DORADZTWO ZAWODOWE, WARSZTATY ROZWOJU UMIEJĘTNOŚCI
(uczniowie, studenci, doktoranci, absolwenci, doradcy zawodowi) W RAMACH
BRANŻOWEGO CENTRUM UMIEJĘTNOŚCI W DZIEDZINIE ENERGETYKI ODNAWIALNEJ –
BIOENERGETYKI W SWAROŻYŃNIE**

finansowane ze środków Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększenia Odporności, tj.
Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności (KPO) zgodnie z wnioskiem o objęcie wsparciem
w ramach konkursu „Utworzenie i wsparcie funkcjonowania 120 branżowych centrów umiejętności
(BCU), realizujących koncepcję centrów doskonałości zawodowej (CoVES)

Uwaga! Udział w projekcie jest bezpłatny. Osoby, które zgłoszą chęć uczestnictwa i zostaną zakwalifikowane do udziału w projekcie będą uczestniczyć w wybranej przez siebie formy zajęć.

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza DRUKOWANYMI literami.

Branżowe Centrum Umiejętności w dziedzinie Energetyka odnawialna - Bioenergetyka w Swarzędzie		
Uzupełnia osoba przyjmująca dokument		
Numer		 Data wpływu, czytelny podpis osoby przyjmującej formularz

WYPEŁNIA KANDYDAT/-KA NA UCZESTNIKA/-CZKĘ				
DANE PODSTAWOWE				
1. Imię (imiona):				
2. Nazwisko:				
3. Płeć (zaznaczyć x):	☐ kobieta	☐ mężczyzna	☐ inna	☐ odmawiam podania informacji
4. Data urodzenia:				
5. Wiek w chwili złożenia formularza:				
6. Miejsce urodzenia:				
7. PESEL:				
8. Nazwa szkoły/uczelni:				
9. Typ placówki*:	☐ szkoła podstawowa			
	☐ technikum/branżowa szkoła I lub II stopnia			
	☐ szkoła wyższa			
	☐ inna			
10. Kwalifikacje doradcy zawodowego (tylko dla osób zgłaszających się na warsztaty z doradztwa zawodowego, osoby dorosłe)	☐ tak ☐ nie			

DANE KONTAKTOWE	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica/nr domu/ nr lokalu:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

DANE DODATKOWE			
Obywatelstwo:			
Osoba:	☐ należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	☐ pochodzenia romskiego	
	☐ migrant	☐ obcego pochodzenia	
Miejsce zamieszkania:	☐ Miasto	☐ Wieś	
Osoba z niepełnosprawnościami (w przypadku zaznaczenia „tak” należy do formularza dołączyć zaświadczenie o niepełnosprawności):	☐ TAK	☐ NIE	☐ odmowa podania informacji
Preferowania diety (dot. zajęć stacjonarnych)	☐ mięsna		☐ wegetariańska
	☐ inna		☐ alergia pokarmowa
Rodzaj potrzeby	Proszę wpisać potrzebę wynikającą z niepełnosprawności		
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową:			
Zapewnienie specjalistycznych form materiałów:			
Zapewnienie systemów wymagających słyszenie:			
Zapewnienie tłumacza języka migowego:			
Inne:			

Wybór formy wsparcia dla uczniów, studentów, doktorantów zgłaszających się na :

Tytuł wybranych zajęć	☐ doradztwo zawodowe indywidualne	☐ warsztaty rozwoju umiejętności (doradztwo grupowe)
-----------------------	--	---

Wybór formy wsparcia dla doradców zawodowych :

Tytuł wybranych zajęć	☐ doradztwo zawodowe grupowe
Termin szkolenia (Wybierz termin podany w informacji o szkoleniu)	

Oświadczam, że:

☐ oświadczam, iż posiadam doświadczenie i kwalifikacje doradcy zawodowego zgodnie z art. 26a ustawy – Prawo oświatowe **lub** inne kwalifikacje umożliwiające świadczenie doradztwa zawodowego w urzędach pracy i instytucjach rynku pracy, w tym w zakresie poradnictwa edukacyjno-zawodowego i planowania ścieżki kariery.*

☐ zapoznałem/-am się z regulaminem rekrutacji do udziału w dodatkowych działaniach projektu pod nazwą: „Branżowe Centrum Umiejętności w dziedzinie Energetyka odnawialna - bioenergetyka” dofinansowanego ze środków KPO zgodnie z umową o dofinansowanie nr KPO/23/2/BCU/U/0015 – Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w dodatkowych działaniach projektu obejmujących doradztwo zawodowe, warsztaty rozwoju umiejętności (uczniowie, studenci, doktoranci, absolwenci, doradcy zawodowi) w ramach Branżowego Centrum Umiejętności w dziedzinie energetyki odnawialnej – bioenergetyki w Swarzędynie.

☐ oświadczam, że nie skorzystałem ze wsparcia innego Branżowego Centrum Umiejętności, które było finansowane ze środków Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększenia Odporności, tj. Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności (KPO) w zakresie dodatkowych działań projektu tj; zajęć doradztwa zawodowego, warsztatów rozwoju umiejętności.

☐ jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.

☐ dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

☐ wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niepełnoletniego uczestnika¹/wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych².

..... <i>miejsowość i data</i>	 <i>czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna ucznia³</i>	 <i>czytelny podpis ucznia/uczenicy/ studenta/studentki/absolwenta/ doradcy zawodowego</i>
-----------------------------------	--	--

* Dotyczy doradców zawodowych

1, 2 skreślić niewłaściwe

3 obowiązuje w przypadku osoby nieletniej