

**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZNIA W RAMACH PROJEKTU - załącznik nr 1**

***Mój potencjał-Moja przyszłość: rozwój systemu doradztwa zawodowego w 21 szkołach podstawowych m.st. Warszawy***

CZĘŚĆ A. DANE PROJEKTU	
Beneficjent	MIASTO STOŁECZNE WARSZAWA
Tytuł projektu	<b><i>Mój potencjał-Moja przyszłość: rozwój systemu doradztwa zawodowego w 21 szkołach podstawowych m.st. Warszawy</i></b>
Nr projektu	RPMA.10.03.01-14-i931/22
Czas trwania projektu	01.03.2023 - 31.12.2023
Program	Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego 2014-2020
Priorytet	X Edukacja dla rozwoju regionu
Działanie	10.3 Doskonalenie zawodowe
Poddziałanie	10.3.1.Doskonalenie zawodowe uczniów

CZĘŚĆ B. DANE OSOBOWE											
1. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU											
IMIĘ					NAZWISKO						
PESEL											
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEТА					<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA					
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU											
2. ADRES ZAMIESZKANIA											
WOJEWÓDZTWO				POWIAT				GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ				ULICA							
NR BUDYNKU				NR LOKALU				KOD POCZTOWY			
OBSZAR ZAMIESZKANIA	<input type="checkbox"/> miejski				<input type="checkbox"/> wiejski						
3. ADRES DO KORESPONDENCJI*											
WOJEWÓDZTWO				POWIAT				GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ				ULICA							

\* Należy uzupełnić, jeżeli jest inny niż zamieszkania

NR BUDYNKU		NR LOKALU		KOD POCZTOWY	
<b>4. DANE KONTAKTOWE</b>					
TELEFON KONTAKTOWY		ADRES E-MAIL			
<b>5. DANE DOTYCZĄCE EDUKACJI</b>					
NAZWA SZKOŁY					
KLASA					
<b>4. INFORMACJE OGÓLNE</b>					
Czy brałeś/-aś kiedyś już udział w badaniu swoich zainteresowań i predyspozycji?			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Jestem osobą z niepełnosprawnościami			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI		
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań			<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 <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI		
Dodatkowe potrzeby organizacyjne wynikające z niepełnosprawności – jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeb			..... .....		
<b>JAKIE MASZ OCZEKIWANIA ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W PROJEKCIE?</b>					
<input type="checkbox"/> uzyskanie nowej wiedzy i umiejętności  <input type="checkbox"/> nabycie wiedzy nt. predyspozycji zawodowych i możliwości rozwoju osobowo-zawodowego			<input type="checkbox"/> zdobycie informacji nt. zawodów, specyfiki pracy w różnych firmach  <input type="checkbox"/> przygotowanie do wejścia na rynek pracy  <input type="checkbox"/> inne, jakie? .....		
<b>UDZIAŁEM W JAKICH ZAJĘCIACH JESTEŚ NAJBARDZIEJ ZAINTERESOWANY/-A?</b>					
<input type="checkbox"/> indywidualna diagnoza predyspozycji zawodowych  <input type="checkbox"/> wycieczki zawodoznawcze do firm			<input type="checkbox"/> warsztaty prowadzone przez przedsiębiorców i pracowników HR w firmach, warsztaty prowadzone przez pracowników naukowych uczelni,  <input type="checkbox"/> udział w spotkaniach z udziałem przedstawicieli szkół zawodowych oraz nauczycieli kształcenia zawodowego prowadzonych w szkołach zawodowych z wykorzystaniem pracowni zawodowych  <input type="checkbox"/> inne, jakie? .....		

**Oświadczam, iż wszystkie podane powyżej informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem rzeczywistym.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku mojego syna / córki na potrzeby realizacji projektu *Mój potencjał-Moja przyszłość: rozwój systemu doradztwa zawodowego w 21 szkołach podstawowych*

**m.st. Warszawy.** Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i upowszechniania i zapewnienia trwałości projektu poprzez zamieszczanie zdjęć na stronach internetowych, w różnego rodzaju wydawnictwach i publikacjach oraz w prasie, czy rozpowszechnianie nakręconych w trakcie realizacji poszczególnych form wsparcia, materiałów filmowych itp.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego  
w przypadku uczniów niepełnoletnich

---

## WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA

SPEŁNIENIE KRYTERIÓW FORMALNYCH	TAK/NIE* (ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE)
KWALIFIKACJA DO PROJEKTU	TAK/NIE* (ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE)
UWAGI	

Podpisy (podpis wraz z datą) członków Komisji Rekrutacyjnej:

.....  
.....  
.....