**Załącznik 1A**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (osoba ucząca się) –I nabór**

do projektu .: „*Europejskie doświadczenie w kształceniu zawodowym uczniów Zespołu Szkół Technicznych w Strzyżowie*” o numerze **POWERVET-2019-1-PL01-KA102-061869** w ramach projektu „*Międzynarodowa mobilność edukacyjna uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+  **sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe**

**Część A –** wypełnia kandydat/ka (osoba ucząca się)

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane podstawowe kandydata/tki** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć |  |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Data urodzenia (dd/mm/rrrr) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  | |
| Obywatelstwo |  |
| Adres zamieszkania *(ulica, kod pocztowy, miasto)* |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Email |  |
| **Informacje o kandydacie/tce** | |
| Tryb kształcenia zawodowego[[1]](#footnote-1) |  |
| Dziedzina kształcenia wg klasyfikacji zawodów[[2]](#footnote-2) |  |
| Liczba ukończonych lat kształcenia zawodowego *(0/1/2/3)* |  |
| Rok szkolny *(20../20..)* |  |

Niniejszym, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz *uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej zwanym „RODO” w*yrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla celów rekrutacji do projektu *„Międzynarodowa mobilność edukacyjna uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+  sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe. Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do systemów informatycznych Zespołu Szkół Technicznych w Strzyżowie, ul Mickiewicza 11, 38-100 Strzyżów, zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) RODO.

Administratorem Danych Osobowych (zwanym dalej „ADO”) jest Zespół Szkół Technicznych w Strzyżowie z siedzibą w 38-100 Strzyżów, ul Mickiewicza 11.

Zespół Szkół Technicznych w Strzyżowie wyznaczył osobę odpowiedzialną za zapewnienie przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, z którą można skontaktować się pod **adresem e-mail: merit.inspektor.rodo@gmail.com**

Ponadto zgodnie z art. 15-21 oraz art. 77 RODO przysługuje osobie uczącej się prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia (jeśli pozwalają na to przepisy prawa) lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, a także prawo do przenoszenia danych.

Dane nie będą przekazywane do państwa pozostającego poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (tzw. państwa trzeciego) lub organizacji międzynarodowej.

Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu spełnienia wymogów prawnych związanych ze wspomnianym projektem.

Dane będą przetwarzane przez okres wynikający z odrębnych przepisów prawa.

…………………………………….…….

data i podpis kandydata/tki

Wyrażam zgodę na wzięcie udziału mojego syna/córki w jakimkolwiek działaniu typu mobilność.

………………………………………….

data i podpis rodzica/opiekuna

**Część B** –

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Dane osobowe:** | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | **Imię/imiona** | | |  | | | |
| **Data urodzenia** |  | | **Miejsce urodzenia** | | |  | | | |
| **PESEL** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | **Nr i seria dowodu osobistego lub paszportu** | | |  | | | |
| **Telefon stacjonarny ucznia/uczennicy** | | | **Telefon komórkowy ucznia/uczennicy** | | | | **Adres e-mail ucznia/uczennicy** | | |
|  | | |  | | | |  | | |
| **2b. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania):** | | | | | | | | | |
| **Województwo** |  | | **Ulica** |  | | | **Numer domu** |  | |
| **Kod pocztowy (poczta)** |  | | **Miejscowość** |  | | | | | |
| **3. Dane rodziców/opiekunów prawnych** | | | **Ojciec/opiekun prawny:** | | | | **Matka/opiekun prawny:** | | |
| **Imię i nazwisko rodziców/ prawnych opiekunów** | | |  | | | |  | | |
| **Telefon kontaktowy** | | |  | | | |  | | |
| **Nazwa szkoły** | | | **Zespół Szkół Technicznych w Strzyżowie**  **ul. Mickiewicza 11, 38- 100 Strzyżów** | | | | | | |
| **Klasa** | |  | **Zawód** | | |  | | | |
| **Średnia ocen z przedmiotów zawodowych na drugi semestr**  **w roku szkolnym 2018/2019:** | |  | **Frekwencja na drugi semestr**  **w roku szkolnym 2018/2019:** | | |  | | | |
| **Ocena z zachowania na drugi semestr w roku szkolnym 2018/2019:** | | |  | | | |
| **Wychowawca** | |  | **Czytelny podpis wychowawcy** | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Potwierdzenie odbywania nauki w ZST w Strzyżowie:** | | Podpis dyrektora szkoły: | | | Pieczątka szkoły: | | | |

**Część C** –

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE UCZNIA/UCZENNICY** |
| * Zobowiązuję się do terminowego i rzetelnego wykonywania wszystkich zobowiązań wynikających z uczestnictwa w praktykach zagranicznych w Projekcie „Europejskie doświadczenie w kształceniu zawodowym uczniów Zespołu Szkół Technicznych w Strzyżowie” oraz aktywnej i systematycznej pracy podczas realizacji projektu. * Oświadczam, iż nie brałem/ nie brałam wcześniej udział/u w praktyce zagranicznej w ramach projektu realizowanego w Zespole Szkół Technicznych w Strzyżowie z funduszy Unii Europejskiej. * Oświadczam, iż podane w formularzu informacje są zgodne z prawdą. * Deklaruję chęć uczestnictwa w Projekcie, wyrażając tym samym chęć uczestnictwa w kursie językowo-kulturowym i czterotygodniowych praktykach zagranicznych. * Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym danych zawartych w Formularzu * W przypadku udziału w praktykach ponadprogramowych w ramach Projektu zobowiązuję się do samodzielnego nadrobienia zaległości w nauce spowodowanych moją nieobecnością na zajęciach szkolnych. * Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję Regulamin Uczestnictwa i Rekrutacji Projektu, regulamin pobytu ucznia oraz pozostałe dokumenty i regulaminy.   ………………………………......................................................  (Data i czytelny podpis ucznia/uczennicy) |

**Część D** –

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH** | |
| * Potwierdzam znajomość organizacji zagranicznych praktyk i wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego syna / córki w zagranicznej praktyce w Projekcie „*Europejskie doświadczenie w kształceniu zawodowym uczniów Zespołu Szkół Technicznych w Strzyżowie*”. * W razie nieuzasadnionej rezygnacji z Projektu w trakcie praktyk zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów. * Oświadczam, iż podane w formularzu informacje są zgodne z prawdą. * Zapoznałam/em się z Regulaminem Uczestnictwa i Rekrutacji Projektu oraz pozostałymi regulaminami. * W przypadku zakwalifikowania się mojej córki/mojego syna do udziału w Projekcie, wyrażam zgodę na samodzielny dojazd do miejsca praktyk i powrót do miejsca zakwaterowania mojej córki/mojego syna oraz jej/ jego przebywania w miejscu odbywania praktyk bez obecności opiekuna ze strony ZST w Strzyżowie. * W przypadku zakwalifikowania się mojej córki/mojego syna do udziału w Projekcie, wyrażam zgodę na samodzielne poruszanie się mojej córki/mojego syna w miejscach publicznych podczas pobytu na praktykach zagranicznych.   ………………………………......................................................  (Data i czytelne podpisy rodziców / prawnych opiekunów) |

**Dokumenty załączone do formularza zgłoszeniowego:**

1. Legitymacja szkolna (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem).
2. Dowód osobisty lub paszport (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem), ewentualnie kserokopia złożonego wniosku o paszport, dowód.
3. Aktualne zaświadczenie od lekarza rodzinnego o braku przeciwwskazań na odbycie praktyk zagranicznych w przypadku choroby przewlekłej, informacja o konieczności zażywania leków – **obowiązek dostarczenia w przypadku zakwalifikowania się do wyjazdu.**

1. np. Kształcenie dualne (przemienne), Szkoła ponadgimnazjalna, Szkoła policealna, inne

   Dostępne np. pod adresem: https://www.ore.edu.pl/kszta%c5%82cenie-zawodowe-i-ustawiczne/7364-podstawy-programowe [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)