

**ANKIETA REKRUTACYJNA**

Nr.....

dla Uczniów Technikum nr 1 w Starachowicach

Tytuł Projektu		KWALIFIKACJE PRZYSZŁOŚCI			
Nr projektu		FESW.08.04-IZ.00-0018/24			
Beneficjent / Partner		Akademia Przedsiębiorczości sp. z o.o. / POWIAT STARACHOWICKI			
Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt:		Działanie 08.04 Rozwój szkolnictwa branżowego			
Termin realizacji projektu		od	01.09.2024 r.	do	31.08.2026 r.

UWAGA!!! Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE POLA. Odpowiedzi należy zaznaczyć w polu znakiem X.

Formularz rekrutacyjny wypełnia i podpisuje Uczeń w przypadku ukończenia 18 roku życia lub Rodzic / Opiekun prawny Ucznia, który nie ma ukończonego 18 roku życia w chwili wypełniania niniejszego formularza.

I. DANE OSOBOWE											
A. UCZNIĄ											
Obywatelstwo											
Imię				Nazwisko							
Klasa				Płeć				<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna			
PESEL											
Adres zamieszkania											
Kraj				Województwo							
Powiat				Gmina							
Miejscowość				Kod pocztowy							
Ulica				Nr domu				Nr lokalu			
Oświadczam, iż mieszkam na obszarze:				<input type="checkbox"/> miejskim				<input type="checkbox"/> wiejskim			
Wykształcenie Ucznia				<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)							
Status Ucznia na rynku pracy				<input type="checkbox"/> bierny zawodowo				<input type="checkbox"/> osoba ucząca się			
Telefon kontaktowy											
Adres poczty elektronicznej (e-mail)											



B. RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO – dotyczy Ucznia niepełnoletniego

Imię		Nazwisko	
------	--	----------	--

Telefon kontaktowy	
--------------------	--

II. STATUS UCZNIĄ/UCZENNICZY

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
--	------------------------------	------------------------------	--

Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
-------------------------	------------------------------	------------------------------	--

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
---	------------------------------	------------------------------	--

Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
-------------------------------	------------------------------	------------------------------	--

Jeżeli TAK, proszę wymienić potrzeby, których zapewnienie umożliwi uczestnictwo w zajęciach?			
--	--	--	--

Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
--------------------------	------------------------------	------------------------------	--

III. KRYTERIA REKRUTACYJNE

Prosimy o podanie zgodnie ze stanem faktycznym następujących informacji:		Punkty Wypełnia Komisja Rekrutacyjna
--	--	--------------------------------------

1. Nazwa i adres szkoły, do której uczęszcza Uczeń/Uczennica	Technikum Nr 1 w Zespole Szkół Zawodowych Nr 1 w Starachowicach	
--	---	--

2. Klasa, do której aktualnie uczęszcza Uczeń/Uczennica	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
---	---	--

3. Kierunek kształcenia Ucznia/Uczennicy		
--	--	--

4. Uzyskana średnia ocen na koniec poprzedniego roku szkolnego:	Średnia ocen 4,7 i powyżej <input type="checkbox"/> Średnia ocen od 4,0 do 4,6 <input type="checkbox"/> Średnia ocen 3,9 i poniżej <input type="checkbox"/>	
---	--	--

Suma punktów – uzupełnia Komisja Rekrutacyjna		
---	--	--

IV. FORMY WSPARCIA Prosimy zaznaczyć formy wsparcia, którymi zainteresowany jest Uczeń/Uczennica (każdy Uczeń może wziąć udział w kilku formach wsparcia pod warunkiem spełnienia kryteriów rekrutacyjnych)	
DEKLARUJĘ swój udział / udział mojego dziecka/podopiecznego* w zajęciach:	
1. INDYWIDUALNE DORADZTWO ZAWODOWE	<input type="checkbox"/>
2. INDYWIDUALNE WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE	<input type="checkbox"/>
3. WARSZTATY ROZWIJAJĄCE UMIEJĘTNOŚCI PRZEKROJOWE	<input type="checkbox"/>
4. KURSY NADAJĄCE KWALIFIKACJE / KOMPETENCJE DLA UCZNIÓW NA KIERUNKACH KSZTAŁCENIA - TECHNIK EKONOMISTA / TECHNIK HANDLOWIEC / TECHNIK RACHUNKOWOŚCI:	
➤ OBSŁUGA PROGRAMU INSERT GT-SUBIEKT GT	<input type="checkbox"/>
➤ Obsługa programu SYMFONIA	<input type="checkbox"/>
5. KURSY NADAJĄCE KWALIFIKACJE / KOMPETENCJE DLA UCZNIÓW NA KIERUNKU KSZTAŁCENIA – TECHNIK ŻYWIENIA I USŁUG GASTRONOMICZNYCH:	
➤ Kurs BARISTYCZNY I STOPNIA	<input type="checkbox"/>
➤ KURS Z ZAKRESU GOTOWANIA SOUS VIDE	<input type="checkbox"/>
6. KURSY NADAJĄCE KWALIFIKACJE / KOMPETENCJE DLA UCZNIÓW NA KIERUNKU KSZTAŁCENIA – TECHNIK GEODETA:	
➤ WYKORZYSTANIE BEZZAŁOGOWYCH STATKÓW LATAJĄCYCH UAV (DRONÓW) W PRACACH GEODEZYJNYCH, w tym praca z programem Pix4Dmapper	<input type="checkbox"/>
➤ OBSŁUGA PROGRAMU EW MAPA OBIEKTOWANIE	<input type="checkbox"/>
➤ KURS PRAWA JAZDY KAT. B	<input type="checkbox"/>
7. KURSY NADAJĄCE KWALIFIKACJE / KOMPETENCJE DLA UCZNIÓW NA KIERUNKU KSZTAŁCENIA – TECHNIK ARCHITEKTURY KRAJOBRAZU:	
➤ SZKOLENIE Z ZAKRESU SADZENIA I PIELEGNACJI ZIÓŁ	<input type="checkbox"/>
➤ NOWOCZESNE MATERIAŁY I URZĄDZENIA W ARCHITEKTURZE KRAJOBRAZU	<input type="checkbox"/>
8. STAŻ UCZNIOWSKI	<input type="checkbox"/>

V. OŚWIADCZENIE UCZNI/UCZENNICY lub RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja niżej podpisany/a.....
pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
wynikającej z art. 233 §.1 Kodeksu Karnego

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „**KWALIFIKACJE PRZYSZŁOŚCI**” realizowany na podstawie umowy z **Województwem Świętokrzyskim z siedzibą w Kielcach, reprezentowanym przez Zarząd Województwa jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).**
2. **Deklaruję z własnej inicjatywy swój udział / udział mojego dziecka/podopiecznego *** w projekcie „KWALIFIKACJE PRZYSZŁOŚCI”.
3. Zapoznałem/am się z **Regulaminem projektu dla Uczniów** i zasadami udziału w projekcie „KWALIFIKACJE PRZYSZŁOŚCI” i wyrażam zgodę na **swój udział / udział mojego**

- dziecka/podopiecznego*** w zajęciach pozalekcyjnych, na zasadach w nim ujętych.
4. **Zobowiązuję się do systematycznego uczestniczenia / uczestnictwa mojego dziecka/podopiecznego*** w zajęciach pozalekcyjnych, przyjmując do wiadomości, że zajęcia wymienione będą realizowane w dni powszednie, po zajęciach lekcyjnych lub w systemie weekendowym.
 5. **Nie jestem objęta/ty / moje dziecko/podopieczny nie jest objęte/y*** wsparciem tego samego typu w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz **nie będę starał/a się o udział w takim wsparciu w czasie trwania mojego uczestnictwa / uczestniczenia mojego dziecka/podopiecznego*** w projekcie „KWALIFIKACJE PRZYSZŁOŚCI”.
 6. Jestem świadomy/a, że wypełnienie ankiety rekrutacyjnej oraz wyrażenie zgody **na mój udział / na udział mojego dziecka/podopiecznego*** w projekcie nie gwarantują uczestnictwa w wybranych zajęciach oraz że decyzję o zakwalifikowaniu do projektu podejmie Komisja Rekrutacyjna biorąc pod uwagę kryteria rekrutacji oraz wskaźniki określone we Wniosku o dofinansowanie.
 7. **Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych / danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego*** zawartych w niniejszym Formularzu do celów związanych z realizacją projektu „KWALIFIKACJE PRZYSZŁOŚCI”. Przetwarzanie ww. danych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 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 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
 8. **Zobowiązuję się przekazać moje dane / dane mojego dziecka/podopiecznego*** wymagane do udziału w projekcie (m.in. płeć, status na rynku pracy, wykształcenie, PESEL) niezbędne do monitorowania wskaźników kluczowych oraz przeprowadzenia ewaluacji.
 9. Na podstawie art. 81 ust.1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 4 lutego 1994 r. (Dz.U. 2006 r. Nr 90 poz.631 z późn zm.) **wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku / wizerunku mojego dziecka/podopiecznego***, w formie fotografii analogowej i cyfrowej oraz filmu analogowego bądź cyfrowego, zarejestrowanych na potrzeby dokumentacji działań bądź w celu promocji projektu „KWALIFIKACJE PRZYSZŁOŚCI” przez Akademię Przedsiębiorczości sp. z o.o. Ponadto, wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez ww. podmiot **mojego wizerunku / wizerunku mojego dziecka/podopiecznego*** za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu promocji projektu „KWALIFIKACJE PRZYSZŁOŚCI”. Przeniesienie niniejszego zezwolenia na Instytucję Zarządzającą nie wymaga mojej uprzedniej zgody na taką czynność.
 10. **Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i innych badaniach ewaluacyjnych** dotyczących projektu, w trakcie jego trwania i do 4 tygodni od zakończenia **mojego udziału / udziału mojego dziecka/podopiecznego*** w projekcie.
 11. Jestem świadomy/a, że podanie danych zawartych w formularzu jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu „KWALIFIKACJE PRZYSZŁOŚCI”.
 12. Zostałem/am poinformowana(y) o prawie dostępu do treści danych osobowych przetwarzanych przez Akademię Przedsiębiorczości sp. z o.o. oraz do ich poprawiania.
 13. Zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z

prawdą lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, iż wszystkie podane w procesie rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZNIĄ / UCZENNICY
lub
RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

*niepotrzebne skreślić

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

(dotyczy wyłącznie ucznia niepełnoletniego)

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Adres rodzica/opiekuna prawnego	
Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego	

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka / mojego podopiecznego

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

w projekcie pt. „**KWALIFIKACJE PRZYSZŁOŚCI**”.

1. Jestem świadomy/a, iż moje dziecko / mój podopieczny uczestnicząc w projekcie zobowiązane/y jest do przestrzegania **Regulaminu projektu dla Uczniów**.
2. Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka / mojego podopiecznego nie wykazuje przeciwwskazań do udziału w projekcie.

.....
(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Załączniki:

- klauzula informacyjna AP – Załącznik Nr 1
- klauzula informacyjna IZ – Załącznik Nr 2
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)