

**FORMULARZ DLA OSÓB MŁODYCH (uczeń, student)**
**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PRZEDSIĘWZIĘCIA  
Branżowe Centrum Umiejętności w dziedzinie przetwórstwo mięsa**

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 wsparcia. Uczestnik może wziąć udział tylko w jednej formie wsparcia!

**Prosimy o czytelne wypełnienie formularza DRUKOWANYMI literami.**

Branżowe Centrum Umiejętności w dziedzinie przetwórstwo mięsa w Sokołowie Podlaskim	
Uzupełnia osoba przyjmująca dokument	
Numer	..... Data wpływu, godzina, czytelny podpis osoby przyjmującej formularz

WYPEŁNIA KANDYDAT/-KA NA UCZESTNIKA/-CZKĘ				
<b>DANE PODSTAWOWE</b>				
1. Imię (imiona):				
2. Nazwisko:				
3. Płeć (zaznaczyć x):	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	<input type="checkbox"/> inna	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
4. Data urodzenia:				
5. Wiek w chwili złożenia formularza:				
6. Miejsce urodzenia:				
7. PESEL:				
8. Nazwa szkoły/uczelni:				
9. Typ placówki*:	<input type="checkbox"/> technikum		<input type="checkbox"/> szkoła branżowa I stopnia	
	<input type="checkbox"/> szkoła branżowa II stopnia		<input type="checkbox"/> szkoła wyższa	
	<input type="checkbox"/> inna .....			
10. Klasa <sup>1</sup> :				

11. Pełna nazwa kierunku kształcenia:		
12. Czy masz status pracownika młodocianego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

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

DANE DODATKOWE			
Obywatelstwo:			
Osoba:	<input type="checkbox"/> należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	<input type="checkbox"/> pochodzenia romskiego	
	<input type="checkbox"/> migrant	<input type="checkbox"/> obcego pochodzenia	
Miejsce zamieszkania:	<input type="checkbox"/> Miasto	<input type="checkbox"/> Wieś	
Osoba młoda w wieku 14-24 lata:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Udział w pozaszkolnych/ pozaakademickich aktywnościach naukowych:	<input type="checkbox"/> udział w zajęciach dodatkowych lub udział w olimpiadach/konkursach na poziomie miejskim <input type="checkbox"/> udział na olimpiadach/konkursach na poziomie wojewódzkim <input type="checkbox"/> udział w olimpiadach/konkursach na poziomie krajowym		
Osoba z niepełnosprawnościami (w przypadku zaznaczenia „tak” należy do formularza dołączyć zaświadczenie o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Preferowania diety	<input type="checkbox"/> mięsna	<input type="checkbox"/> wegetariańska	
	<input type="checkbox"/> inna .....	<input type="checkbox"/> 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:**

Tytuł wybranego szkolenia:	
----------------------------	--

**Oświadczam, że:**

- zapoznałem/-am się z regulaminem rekrutacji do projektu pod nazwą: „Branżowe Centrum Umiejętności w dziedzinie przetwórstwo mięsa” dofinansowanego ze środków KPO zgodnie z umową o dofinansowanie nr KPO/22/1/BCU/U/0013,
- oświadczam, że jestem/nie jestem<sup>2</sup> uczestnikiem innego projektu finansowanego ze środków Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększenia Odporności, tj. Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności (KPO).
- 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 uczestnika/wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych<sup>3</sup>.

..... <i>miejsowość i data</i>	..... <i>czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna ucznia<sup>4</sup></i>	..... <i>czytelny podpis ucznia/uczennicy/ studenta/studentki</i>
-----------------------------------	--	--

2,3 skreślić niewłaściwe

4 obowiązuje w przypadku osoby nieletniej