Załącznik nr 1 do Regulaminu

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu wniosku rekrutacyjnego(wypełnia pracownik szkoły)** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej wniosek rekrutacyjny****(wypełnia pracownik szkoły)** |  |

**Wniosek rekrutacyjny do udziałuw kursie zawodowym ……………………………………………… \* w ramach projektu** **„Centrum Kompetencji Zawodowych w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Krzeszowicach” nr RPMP.10.02.02-12-0021/19**

Niniejszym zgłaszam zainteresowanie udziałem w kursie zawodowym……………………………………………. \*w ……………..\* roku w ramach projektu „Centrum Kompetencji Zawodowych w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Krzeszowicach”
nr RPMP.10.02.02-12-0021/19

**I. Rubryki poniżej wypełniają wszyscy zainteresowani udziałem w kursie zawodowym**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pierwsze imię** |  |
| **Drugie imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Szkoła** | Oświadczam, iż uczęszczam w roku szkolnym ………./………. \* do następującej placówki:* Zespół Szkół Ponadpodstawowych w Krzeszowicach
* Zespół Szkół i Placówek Oświatowych w Skale
* Inna placówka – proszę wpisać nazwę: ……………………………………………….……………...
 |
| **Specjalne potrzeby uczestnika projektu (wynikające z niepełnosprawności lub ograniczonej sprawności)** | * TAK
* NIE

Jeżeli tak, proszę opisać jakie: …………………………………………………………………………………………………………………………………...……….……………………………………………………………………….…………………………………………………………………… |
| **Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub inny adekwatny dokument poświadczający stan zdrowia**  | * TAK - należy dostarczyć podpisaną przez ucznia/uczennicę oraz w przypadku ucznia/uczennicy niepełnoletniej rodzica/opiekuna prawnego kserokopię:

orzeczenia o niepełnosprawności lub inny adekwatny dokument poświadczający stan zdrowia np. w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza (kopia orzeczenia o stanie zdrowia lub opinia)* NIE
* ODMAWIAM UDOSTĘPNIENIA DANYCH
 |

**II. Rubryki poniżej wypełniają wyłącznie uczniowie/uczennice placówek innych niż Zespół Szkół**

**Ponadpodstawowych w Krzeszowicach i Zespół Szkół i Placówek Oświatowych w Skale**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że w dniu przystąpienia do kursu (termin rozpoczęcia kursu) będę miał/-a ukończony 18 rok życia** | * TAK
* NIE
 |
| **Średnia ocenna koniec poprzedniego roku szkolnego (………./……….)\*** | **W przypadku uczniów/uczennic placówek innych niż szkoły ogólnokształcące - średnia ocen z przedmiotów zawodowych**…………………………………… | **W przypadku uczniów/uczennic szkół ogólnokształcących – średnia ocen ze wszystkich przedmiotów:**…………………………………… |
| **Ocena z zachowania na koniec poprzedniego roku szkolnego (………./……….)\*** | * wzorowe
* bardzo dobre
* dobre
* poprawne
* nieodpowiednie
* naganne
 |
| **Status ucznia w klasie o profilu kształcenia zgodnym z profilem kursu zawodowego w bieżącym roku szkolnym (………./……….)\*** | * uczeń/uczennica ostatniej klasy w danym profilu kształcenia
* uczeń/uczennica przedostatniej klasy w danym profilu kształcenia
* nie dotyczy
 |

**III. Oświadczenia – dotyczą wszystkich zainteresowanych udziałem w kursie zawodowym**

W związku z udziałem w rekrutacji do udziału w kursie zawodowym ………………………………………………….. \*w projekcie „Centrum Kompetencji Zawodowych w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Krzeszowicach” nr RPMP.10.02.02-12-0021/19 niniejszym oświadczam, iż:

1. posiadam status ucznia/uczennicy szkół i placówek z terenu woj. małopolskiego prowadzących kształcenie zawodowe i ustawiczne lub liceum ogólnokształcącego (w projekcie dopuszcza się możliwość zrekrutowania także ucznia/uczennicy szkół ogólnokształcących na formy wsparcia związane z podnoszeniem, zdobyciem kwalifikacji zawodowych),
2. jestem zainteresowany/-a wsparciem w postaci udziału w kursie zawodowym w ramach projektu,
3. nie jestem uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika projektu,
4. forma wsparcia wykracza poza podstawę programową dla zawodu, w którym odbywam naukę.

……………………….. ……………………………………..
MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

w przypadku uczestnika niepełnoletniego:

 ……………………………………..

CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNAPRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

\* Wypełnia Komisja rekrutacyjna