

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
„Akcja – kwalifikacja 4”
realizowanym w Zespole Szkół Handlowych
Beneficjent projektu: Miasto Bydgoszcz**

Lp.	Nazwa	DANE UCZESTNIKA PROJEKTU
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
5.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe
6.	Jestem uczniem szkoły	<input type="checkbox"/> Technikum..... <input type="checkbox"/> Szkoła Branżowa..... <input type="checkbox"/> zawód: <input type="checkbox"/> klasa:
7.	Adres zamieszkania (ulica, numer budynku, numer lokalu)	
8.	Powiat	
9.	Miejscowość, kod pocztowy	
10.	Telefon kontaktowy	
11.	Adres e-mail	
12.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> ucząca się lub kształcąca
13.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	Osoba z niepełnosprawnościami	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
14.	Planowany rok zakończenia edukacji w ww. szkole	20.....

1. Ja niżej podpisany/a wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Akcja – kwalifikacja 4”, realizowanym przez Miasto Bydgoszcz w Zespole Szkół Handlowych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego

„Akcja – kwalifikacja 4”

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 – **forma wsparcia: doradztwo edukacyjno-zawodowe.**

.....
Data i podpis uczestnika projektu*

.....
Podpis opiekuna prawnego
ucznia małoletniego

Wypełnia doradca edukacyjno-zawodowy

Data rozpoczęcia udziału w projekcie** :

*Data podpisania deklaracji i oświadczenia musi być wcześniejsza niż data rozpoczęcia udziału w projekcie (uczeń i lub opiekun prawny podpisuje deklarację i oświadczenie przed przystąpieniem do pierwszej formy wsparcia).

**Data rozpoczęcia udziału w projekcie musi być tożsama z datą rozpoczęcia udziału w pierwszej formie wsparcia (zajęciach dodatkowych, kursie/ szkoleniu, wycieczce).

„Akcja – kwalifikacja 4”

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego