**Załącznik nr 2**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„Klucz do zawodu – dostosowanie szkolenia zawodowego szkół Powiatu Dzierżoniowskiego do potrzeb rynku pracy”. Nr projektu RPDS.10.04.01-02-0022/16**

**UCZESTNIK: INDYWIDUALNY/ PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU\* niewlasciwe skreślić**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nazwa** | **Dane uczestnika** |
| **Dane uczestniczki/****uczestnika Projektu**  | Imię (imiona): |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL (11 cyfr): |   – – – – – – – – – – –  |
| Płeć: | Kobieta □ Mężczyzna □ (zakreślić właściwe) |
| Kraj |  |
| Wiek w momencie przystąpienia do projektu (w pełnych latach) |  |
| Data urodzenia (dd-mm-rrrr) |   – – – – – – – –  |
| Wykształcenie:(zaznaczyć właściwe) | - niższe niż podstawowe (ISCED 0) □- podstawowe (ISCED 1) □- gimnazjalne (ISCED 2) □- ponadgimnazjalne (ISCED 3) □- policealne (ISCED 4) □- wyższe (ISCED 5-8) □ |
| **Dane kontaktowe***adres kontaktowy -korespondencyjny* | Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr budynku: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Obszar: |  Miejski □ Wiejski □  Wiejsko – miejski □  |
| Województwo: | dolnośląskie |
| Powiat: |  |
| Telefon stacjonarny: |  |
| Telefon komórkowy: |  |
| Adres poczty elektronicznej e-mail: |  |
| nauczyciel kształcenia zawodowego |  |
| **Wykonywany zawód** | nauczyciel kształcenia ogólnego | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| nauczyciel wychowania przedszkolnego | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| pracownik instytucji rynku pracy | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| rolnik | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej  | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| instruktor praktycznej nauki zawodu | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| Inny – podać jaki |  |
| **Pracodawca** **dla nauczycieli/ opiekunów stażu** | Nazwa instytucji/firmy/szkoły |  |
| Adres instytucji/firmy/szkoły (ulica, nr domu i lokalu, kod, miejscowość) |  |
| Numer telefonu instytucji/firmy/szkoły |  |
| Adres poczty elektronicznej instytucji/firmy/szkoły |  |
| **Status uczestnika** | - osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| - osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| - osoba z niepełnosprawnościami:  | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| - osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających an utrzymaniu: | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| - osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących: | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
|  - osoba przebywająca w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu: | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| - osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej): | TAK □ NIE □(zakreślić właściwe) |
| **Data** **rozpoczęcia udziału w projekcie** | Data pierwszych zajęć w ramach Projektu:  |  |

1. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Zostałem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie w związku z realizacją projektu, monitoringu i ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego.
3. Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.
4. Wyrażam zgodę na upublicznienie mojego wizerunku w związku z udziałem w projekcie.
5. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie i oświadczam, że zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020.

………………………………………… ………………………….

*Podpis uczestnika projektu Data podpisania deklaracji*