Załącznik nr 1

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**pt. „Wsparcie dla szkolnictwa zawodowego w jastrzębskich szkołach”**

Ja, niżej podpisany (a), ..............................................................................................................................

*(imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

zamieszkały/a ...........................................................................................................................................

*(adres zamieszkania: miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer domu/mieszkania)*

deklaruję udział w Projekcie pt.**: „Wsparcie dla szkolnictwa zawodowego w jastrzębskich szkołach”**, realizowanym przez Stowarzyszenie Wspierania Inicjatyw Gospodarczych Delta Partner oraz Miasto Jastrzębie-Zdrój w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny):

* dla osi priorytetowej: XI. Wzmocnienie potencjału edukacyjnego,
* dla działania: 11.2. Dostosowanie oferty kształcenia zawodowego do potrzeb lokalnego rynku pracy – kształcenie zawodowe uczniów,
* dla poddziałania: 11.2.3. Wsparcie szkolnictwa zawodowego.

Tym samym zobowiązuję się do uczestnictwa w ustalonych (zadeklarowanych) przedsięwzięciach związanych z podnoszeniem kwalifikacji oraz współpracą z otoczeniem społeczno-gospodarczym (udział w praktykach zawodowych) w ramach projektu, pt. **„Wsparcie dla szkolnictwa zawodowego w jastrzębskich szkołach”.**

Ponadto oświadczam, że:

1. Jestem uczniem / uczennicą:

 Zespołu Szkół Zawodowych (Branżowa Szkoła I stopnia nr 3, Technikum nr 5),

 Zespołu Szkół nr 9 (Branżowa Szkoła I stopnia nr 4 Specjalna),

 Zespołu Szkół nr 2 (Technikum nr 1, Branżowa Szkoła I stopnia nr 1),

 Zespół Szkół nr 6 (Technikum nr 4)\*.

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem projektu i dokumentami rekrutacyjnymi i zobowiązuje się do przestrzegania i stosowania postanowień tych dokumentów.
2. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. Projekcie.
3. Wyrażam zgodę na badania ankietowe i ewaluacyjne, a także rozpowszechnianie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach wykonanych w ramach działań promocyjnych i archiwizacyjnych do projektu.
4. Zostałem poinformowany, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny);
5. Oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
6. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie w trakcie jego trwania, zobowiązuję się przedstawić pisemnie powody rezygnacji.

Oświadczam, że dane zawarte w złożonych przeze mnie w dokumentach są zgodne z prawdą oraz że zostałem/-am pouczony/-a, iż podanie danych niezgodnie z prawdą rodzić będzie po stronie podającego nieprawdziwe dane odpowiedzialność cywilną względem poszkodowanego.

Jastrzębie-Zdrój, dnia ………………………………………..…………………………………………………………

data i podpis Uczestnika Projektu

…………………………………………………………………………………..……………………………

Podpis rodzica lub opiekuna prawnego (wymagany w przypadku, gdy Uczestnik jest osobą niepełnoletnią)

\*zakreśl odpowiednią odpowiedź

Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Wsparcie dla szkolnictwa zawodowego w jastrzębskich szkołach”** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
2. Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](file:///C%3A%5CUsers%5Cidczakt%5CAppData%5CLocal%5CTemp%5Cdaneosobowe%40slaskie.pl).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celuobsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
* udzielenia wsparcia
* potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
* monitoringu
* ewaluacji
* kontroli
* audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
* sprawozdawczości
* rozliczenia projektu
* zachowania trwałości projektu
* archiwizacji.
1. Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący na administratorze (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 r. 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), wynikający z:
2. art. 125 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia ·17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
3. art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt – **Stowarzyszenie Wspierania Inicjatyw Gospodarczych Delta Partner** (43-400 Cieszyn, ul. Zamkowa 3a/1) oraz Partnerowi projektu: : Jastrzębie – Zdrój – miasto na prawach powiatu (44-335 Jastrzębie – Zdrój, Al. J. Piłsudskiego 60) .
5. Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
7. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
9. Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
10. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

1. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem*\*.*
2. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem*\*.*
3. Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………….…………………… | ……………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*\** |

\*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

\*\*W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Załącznik nr 3

# FORMULARZ REKRUTACYJNY

Do projektu pt. **„Wsparcie dla szkolnictwa zawodowego w jastrzębskich szkołach”** realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, osi priorytetowej 11., działania 11.2., poddziałania 11.2.2. *Wsparcie szkolnictwa zawodowego – RIT Subregionu Zachodniego*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Lp. | Nazwa |  |
| Dane uczestnika | 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | Kraj |  |
| 5 | Rodzaj uczestnika | indywidualny |
| 6 | Nazwa Instytucji | --- |
| 7 | Płeć | K / M |
| 8 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 9 | Wykształcenie |  |
| Dane kontaktowe uczestnika | 10 | Województwo |  |
| 11 | Powiat |  |
| 12 | Gmina |  |
| 13 | Miejscowość |  |
| 14 | Ulica |  |
| 15 | Nr budynku |  |
| 16 | Nr lokalu |  |
| 17 | Kod pocztowy |  |
| 18 | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | --- |
| 19 | Telefon kontaktowy  |  |
| 20 | Adres e-mail  |  |
| Szczegóły i rodzaj wsparcia | 21 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| 22 | Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| 23 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 24 | Wykonywany zawód |  |
| 25 | Zatrudniony w |  |
| 26 | Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  |
| 27 | Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  |
| 28 | Inne rezultaty dotyczące osób młodych | --- |
| 29 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |  |
| 30 | Rodzaj przyznanego wsparcia |  |
| 31 | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu |  |
| 32 | Data zakończenia udziału we wsparciu |  |
| 33 | Data założenia działalności gospodarczej | --- |
| 34 | Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej | --- |
| 35 | PKD założonej działalności gospodarczej | --- |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | 36 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | TAK / NIE / ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| 37 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK / NIE |
| 38 | Osoba z niepełnosprawnościami | TAK / NIE / ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| 39 | Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) | TAK / NIE / ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| 40 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu | TAK / NIE |

Opinia lub orzeczenie Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej (zakreśl właściwą odpowiedź)
□ tak / □ nie

**Ponadto oświadczam, że:**

* Jestem uczniem/uczennicą/nauczycielem/nauczycielką szkoły objętej projektem,
* Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie na dzień złożenia formularza rekrutacyjnego,
* Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie i akceptuję jego warunki,
* Oświadczam, że wyrażam zgodę na ewentualne nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku w działaniach informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją tego projektu,
* Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby rekrutacji,
* Oświadczam, iż mam obywatelstwo polskie i zamieszkuję na terenie Województwa Śląskiego.

…………………….......................................................…...........................................................................

 Miejscowość i data czytelny podpis

Załącznik nr 4

**Kwestionariusz udziału w projekcie (ZS nr 2)**

Imię ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………...

Płeć □ KOBIETA □ MĘŻCZYZNA

Szkoła: …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Klasa …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**1. Określ preferowany rodzaj wsparcia w projekcie (*zaznacz właściwe*)**

 Kurs „Animator czasu wolnego”.

 Kurs „Certyfikowany kurs Symfonia Kadry i płace”.

 Kurs „Handel – wsparcie Symfonia przygotowanie do kwalifikacji A35 oraz EKA.04.

 Kurs prawo jazdy kat. B.

 Kurs „Obsługa wózków widłowych”.

 Kurs „Szkolenie arborystyczne (pielęgnacja i wycinka drzew i krzewów obsługa narzędzi arborystycznych).

 Kurs „Trening asertywności”.

 Kurs „Dietetyka i odchudzanie”.

 Kurs „Przygotowanie do uzyskania uprawnień zawodowych hotelarz”.

**2. . Określ preferowany rodzaj wsparcia w projekcie (*zaznacz właściwe*)**

Zajęcia dodatkowe wyrównawcze:

 Matematyka klasy I-IV

 Język niemiecki klasy I-V

 Geografia dla klasy I-V

 Fizyka klasy I-IV

 Język angielski klasy I-IV

Zajęcia dodatkowe rozwijające:

 Matematyka klasy I-IV

 Język niemiecki klasy I-V

 Geografia klasy I-V

 Chemia klasy I-IV

 Język angielski klasy I-IV

 Zajęcia przygotowujące uczniów do zawodu hotelarz do komunikacji w języku angielskim w miejscu pracy.

**3. Czy chcesz w ramach projektu zrealizować 150 h dodatkowej praktyki zawodowej**

 **TAK NIE**

**Preferowana branża zakładu pracy do odbycia praktyki, stażu zawodowego**

□ Zgodny z Twoim kierunkiem kształcenia – wpisz jaki ……………………………………..

□ Technologie medyczne (ochrony zdrowia),

□ Technologie dla energetyki i górnictwa,

□ Technologie dla ochrony środowiska,

□ Technologie informacyjne i telekomunikacyjne,

□ Produkcja i przetwarzanie materiałów,

□ Transport i infrastruktura transportowa,

□ Przemysł maszynowy, samochodowy, lotniczy i górniczy.

□ inny, wpisz jaki ………………..……………………………………………………………………………

**3. Wskaż z nazwy preferowany zakład pracy, firmę do odbycia płatnego stażu / praktyki zawodowej** (nazwa zakładu, adres, osoba do kontaktu itp.)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**4. Jaka jest preferowane przez Ciebie liczba godzin praktyki / stażu zawodowego?** ………............................................................................................................................................

**5. Czy posiadasz orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ?**

 □ TAK □ NIE □ NIE JESTEM PEWIEN

**6**. **Deklarowany aktualny dochód netto na jednego członka rodziny (zaznacz właściwe)**

 **do 1.000** zł od **1.001 zł** do **1.500** zł od **1.501 zł**  do **2.000** zł **2.001** zł i więcej

**7.Opis predyspozycji.** Uzasadnij w skrócie jakie masz predyspozycje do skorzystania ze wskazanego kursu / praktyki zawodowej

|  |
| --- |
|  |

**8. Poziom motywacji**. Uzasadnij w skrócie, dlaczego chcesz skorzystać ze wskazanego kursu / praktyki zawodowej (mało miejsca: dołącz osobna kartkę z motywacją)

|  |
| --- |
|  |

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejscowość Data Podpis