



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU (UCZNIĄ/UCZENNICĄ)				NR	
Zgłoszenie do udziału w zajęciach w ramach projektu „Szkoly Zawodowe z terenu powiatu opoczyńskiego drogą do sukcesu na regionalnym rynku pracy” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020					
<b>NALEŻY PRZY WYBRANYCH ZAJĘCIACH WPISAĆ ZNAK "X"</b>					
Zajęcia z doradcą edukacyjno – zawodowym w ramach Szkolnego Punktu Informacji i Kariery					
Kursu spawacza metodą mag 135					
Kurs przyjęć okolicznościowych					
Praktyki zawodowe u pracodawcy – udział obowiązkowy				<b>X</b>	
<b>DANE OSOBOWE</b>					
Nazwisko					
Imię (imiona)					
Płeć (zaznaczyć x)		Kobieta		Mężczyzna	
Data i miejsce urodzenia		Pesel			
Wykształcenie					
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>					
Miejscowość		Kod pocztowy			
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Województwo		Powiat			
Gmina		Adres poczty elektronicznej			
Telefon komórkowy		Telefon stacjonarny			
<b>Jestem uczniem/uczennicą Zespołu Szkół Zawodowych w Żarnowie w zawodzie:</b>					
Mechanik pojazdów samochodowych		Kucharz			
Cukiernik		Elektryk			
Klasa (I-III) (wpisać odpowiednio)					
W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić					

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI I DOSTARCZYĆ DO BIURA PROJEKTU (ADRES PONIŻEJ) LUB SEKRETARIATU SZKOŁY

.....	.....
Podpis uczestnika projektu*	Podpis opiekuna prawnego

Oświadczam, że uczę się na terenie województwa łódzkiego.

.....	.....
Podpis uczestnika projektu*	Podpis opiekuna prawnego

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu rekrutacji do projektu Szkoły Zawodowe z terenu powiatu opoczyńskiego drogą do sukcesu na regionalnym rynku pracy w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Moje dane osobowe zostaną powierzone do przetwarzania przez

- Beneficjenta realizującego Projekt – Powiat Opoczyński, ul. Kwiatowa 1a, 26-300 Opoczno

.....	.....
Podpis uczestnika projektu*	Podpis opiekuna prawnego



**Powiat Opoczyński**  
ul. Kwiatowa 1a  
26-300 Opoczno  
[www.opocznopowiat.pl](http://www.opocznopowiat.pl)

**Biuro Projektu:**  
ul. Rolna 6, pok. 211  
26-300 Opoczno  
tel. 44 736 15 54  
e-mail: [projekty@opocznopowiat.pl](mailto:projekty@opocznopowiat.pl)

.....  
Data i godzina wpływu, podpis osoby przyjmującej formularz

**\*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieletniej oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę, jak również przez jej prawnego opiekuna.**