Załącznik nr 2

# FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA UCZESTNIKÓW I UCZESTNICZEK PROJEKTU „Politechnika Częstochowska kształci kadrę dla rozwoju gospodarki”

|  |
| --- |
| **DOTYCZY UDZIAŁU W:** *Należy podać wybraną formę wsparcia np. szkolenie z zakresu …, wizyta studyjna w …, wykład branżowy z …* |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **NUMER INDEKSU:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DANE KONTAKTOWE:** | Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Oświadczam, że jestem studentem/studentką kierunku:** *(właściwe zakreślić)* | * Energetyka Jądrowa (I stopień, tryb stacjonarny)
* Budownictwo z wykorzystaniem automatyki i robotyki

(I stopień, tryb stacjonarny)* Gospodarka Obiegu Zamkniętego (II stopień, tryb stacjonarny)
* Zarządzanie w Turystyce i Sporcie (I stopień, tryb stacjonarny)
 |
| **Oświadczam, że:** *(właściwe zakreślić)* | * wybrana forma wsparcia jest zgodna z indywidualną ścieżką wsparcia określoną na podstawie bilansu kompetencji
* jestem w trudnej sytuacji finansowej i pobieram stypendium socjalne
* jestem w trudnej sytuacji zdrowotnej
* zamieszkuję na terenie DEGURBA 3
 |
| **Osoba z niepełnosprawnościami:** *Proszę zakreślić właściwą odpowiedź.* *Uczestnik(-czka) ma możliwość odmowy podania danych osobowych szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanym „RODO”.*  |
| 🞎Tak 🞎 Nie 🞎 Odmowa odpowiedzi  |
| **POSIADAM SZCZEGÓLNE POTRZEBY W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI** ***Pytanie skierowane jest do osób z niepełnosprawnościami lub innych osób mających trwale lub czasowo naruszoną sprawność w zakresie poruszania się czy percepcji (wzroku, słuchu itp.) lub z innymi ograniczeniami utrudniającymi dostęp do procesu edukacji.***  |
| *Należy podać informacje zakreślając właściwą odpowiedź. Jeżeli TAK proszę opisać szczególne potrzeby.* |
|  **🞎** Tak 🞎 Nie Potrzeby\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu udziału studentów/ek w ramach projektu pt.: „Politechnika Częstochowska kształci kadrę dla rozwoju gospodarki”, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień i przyjąłem/am do wiadomości treść klauzul informacyjnych dla kandydata/-ki do przedmiotowego Projektu, stanowiącym załącznik nr 3 do regulaminu.****Jednocześnie oświadczam, iż w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w poszczególnych formach wsparcia zaplanowanych w Projekcie, nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Jednostek realizujących Projekt, związanych z procesem naboru.****Będąc świadomym/-ą odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 297 ust 1 Kodeksu Karnego, oświadczam, iż dane podane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.**  |
|   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA I CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI  |

Formalna weryfikacja formularza przez koordynatora wydziału:

* kompletny
* niekompletny

………………………………………………………………………………………

 Data i podpis koordynatora