

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE:**

 **„Zespół Edukacyjny w Skwierzynie- Szkoła Równych Szans”,
nr FELB.06.07-IZ.00-0004/24**

|  |
| --- |
|  |
| **DANE PODSTAWOWE - OBOWIĄZKOWE** |
| **DANE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI** | Imię i nazwisko |   |
| Obywatelstwo |  |
| PESEL |   |
| Wiek (w chwili przystąpienia do projektu) |  |
| Płeć  | □ | kobieta | □ | mężczyzna |
| Wykształcenie |  |
|  | Kraj |  |
| **DANE KONTAKTOWE** | Województwo |   |
| Powiat |   |
| Gmina |   |
| Miejscowość |   |
| Kod pocztowy/poczta |   |
| Obszar zamieszkania | □ | miejski | □ | wiejski |
| Telefon kontaktowy |   |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |   |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU** | Osoba:  | □ | należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej ( w tym społeczności marginalizowane) |
| □ | państwa trzeciego | □ | obcego pochodzenia |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ | TAK | □ | NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami *(posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności)*  | □ | TAK | □ | NIE |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, dla której udzielono wsparcia |  |

 \*PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

\*Ma Pani/Pan prawo odmówić 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 późń. zm.), zwanym dalej „RODO”

\*Jest Pani /Pan zobowiązana/y do przekazania danych po zakończeniu projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego (np. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu) do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie oraz przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.

 ……………………………………………… ………………………………………………

 Miejscowość i data czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego