

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
DO PROJEKTU „ŚWIĘTOKRZYSCY FRYZJEROMANIACY – FINEZJA I FACHOWOŚĆ W SZKOŁACH ZDZ  
W KIELCACH”**

**I. DANE OSOBOWE**

1.

Nazwisko

2.

Imię (Imiona)

3.  -  -

Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

4.

PESEL

Wiek (pełne lata ukończone)

Płeć (M, K)

5.

Miejsce urodzenia ( miejscowość)

Województwo (obecne)

**II. ADRES ZAMIESZKANIA**

6.

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

7.  -

Kod pocztowy

Poczta

Gmina

8.

Powiat

Województwo

**III. DANE KONTAKTOWE (podać min. jeden)**

10.

Nr telefonu stacjonarnego

Nr telefonu komórkowego

E – mail

**IV. DANE DODATKOWE**

11. Uczeń klasy (Proszę wstawić X przy wybranej pozycji)

I

II

III

IV

12. Nazwa Szkoły/adres

.....  
.....

13. W zawodzie

technik usług fryzjerskich

14. Miejsce zamieszkania (Proszę wstawić znak X przy wybranej pozycji)

miasto\*

wieś\*\*

\*Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast

\*\* Obszar wiejski – teren położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko - wiejskiej

## I. ZAJĘCIA DODATKOWE W PROJEKCIE

1. Proszę o zapoznanie się z rodzajami zajęć pozalekcyjnych oraz wstawienie znaku „X” w kwadracie przy szkole i 2 rodzajach zajęć które wybierasz – 1 szkolenie na zielonym i jedno na żółtym tle (kursy, przy których nie są dostępne białe pola, obejmują wszystkich uczniów w Projekcie)

RODZAJ ZAJĘĆ		LICZBA GODZIN	
<b>Zadanie 1. SAMOREALIZACJA ZAWODOWA</b>			
Warsztaty indywidualne z Trenerem Zawodu		11 h	
Warsztaty grupowe z Trenerem Zawodu		8 h	
<b>Zadanie 2. SZKOLENIA ZAWODOWE</b>			
Szkolenia stacjonarne	Master Cut Women/ Men (dostępne z kursem BARBER/KA)	48h	
	Kurs Makijażu Zawodowego (dostępne z kursem BARBER/KA)	16 h	
	Nowoczesna Stylizacja Paznokci (dostępne z kursem COLOR+ FINISH)	48h	
	Kurs Makijażu Zawodowego (dostępne z kursem COLOR+ FINISH)	16h	
Szkolenia wyjazdowe	COLOR+FINISH	16 h	
	BARBER/KA	16 h	
<b>Zadanie 3. STAŻE ZAWODOWE</b>			
Staże uczniowskie		150 h	

## II. OŚWIADCZENIA UCZNIWA

1. Zapoznałam(-em) się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w *Regulaminie uczestnictwa w Projekcie* i akceptuję jego treść.
2. Zostałam(-em) poinformowana(-y), że Projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Jestem świadoma(-y), że złożenie dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie.
4. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych lub innych badaniach ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
5. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku, zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1231), do celów promocyjnych, na przykład w opracowywanych raportach, na stronie internetowej Projektu.

Data ..... Imię i nazwisko ..... Podpis .....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w pkt. I – III na podstawie księgi uczniów.

Data ..... Czytelny podpis osoby przyjmującej Formularz Zgłoszeniowy .....

## III. OŚWIADCZENIA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

1. Zapoznałam(-em) się z zasadami udziału dziecka w Projekcie zawartymi w *Regulaminie uczestnictwa w Projekcie* i akceptuję jego treść.
2. Zostałam(-em) poinformowana(-y), że Projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka, obejmujących ww. informacje przez Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego (lub podmiot przez niego upoważniony) w celach sprawozdawczych oraz w zakresie monitoringu i ewaluacji Projektu.
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych dziecka, w tym danych wrażliwych do systemu SL2014. Przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWS 2014-2020) Dane te są wprowadzane m.in. do systemu SL2014, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach EFS oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych. W związku z powyższym mam świadomość celu zbierania danych osobowych dziecka, prawie wglądu do danych oraz możliwości ich aktualizacji. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych dziecka w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
5. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku dziecka, zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1231), do celów promocyjnych, na przykład w opracowywanych raportach, na stronie internetowej Projektu.
6. Wyrażam zgodę na udział dziecka w badaniach ankietowych lub innych badaniach ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
7. Jestem świadoma(-y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
8. Upředziona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
9. Potwierdzam zgodność danych zawartych w pkt. I – III.

Data ..... Imię i nazwisko ..... Podpis .....

## OPINIA WYCHOWAWCY KLASY O UCZNIU/ UCZENNICY

Imię i nazwisko ucznia .....

klasa ..... Zawód .....





### I.DANE OSOBOWE

1.   
Nazwisko

2.   
Imię (Imiona)

3.  -  -   
Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

4.    
Płeć (M, K) PESEL Wiek (pełne lata ukończone)

5.    
Miejsce urodzenia (miejscowość) Województwo (obecne)

### II.ADRES ZAMIESZKANIA

6.      
Miejscowość Ulica Nr domu Nr mieszkania

7.  -      
Kod pocztowy Poczta Gmina

8.    
Powiat Województwo

### DANE KONTAKTOWE (podać min. jeden)

10.     
Nr telefonu stacjonarnego Nr telefonu komórkowego E - mail

### III.DANE DODATKOWE

#### 11.Rodzaj zatrudnienia

.....

#### 12. Nazwa Szkoły/adres

.....

.....

#### 13. Nauczyciel/lka przedmiotów zawodowych na profilu:

technik usług fryzjerskich

#### 14. Miejsce zamieszkania (Proszę wstawić znak X przy wybranej pozycji)

miasto\*

wieś\*\*

na zajęcia realizowane w ramach:

RODZAJ ZAJĘĆ		LICZBA GODZIN
<b>Zadanie 3. SZKOLENIE WYJAZDOWE</b>		
Szkolenie wyjazdowe	COLOR+FINISH	16h
	BARBER/KA	16h

#### IV. OŚWIADCZENIA NAUCZYCIELA

1. Zapoznałam(-em) się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w *Regulaminie uczestnictwa w Projekcie* i akceptuję jego treść.
2. Zostałam(-em) poinformowana(-y), że Projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Jestem świadoma(-y), że złożenie dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie.
4. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych lub innych badaniach ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
5. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku, zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1231), do celów promocyjnych, na przykład w opracowywanych raportach, na stronie internetowej Projektu.

Data ..... Imię i nazwisko ..... Podpis .....

Data ..... Czytelny podpis osoby przyjmującej Formularz Zgłoszeniowy .....