



Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Oświadczam, że:

1. Dobrowolnie deklaruję swój udział w Projekcie pt. **Uczeń na 6 w Szkole Podstawowej nr 4 z Oddziałami Integracyjnymi im. ks. Jana Twardowskiego w Olecku**. Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020. Oś Priorytetowa: Kadry dla gospodarki. Działanie: Podniesienie oferty edukacyjnej ukierunkowanej na rozwój kompetencji kluczowych uczniów. Poddziałanie: Podniesienie jakości oferty edukacyjnej ukierunkowanej na rozwój kompetencji kluczowych uczniów – projekty konkursowe.
2. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie.
3. Deklaruję udział w zajęciach min. na poziomie 80% frekwencji.
4. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na umieszczanie i prezentowanie wizerunku mojej osoby na zdjęciach oraz filmach zrobionych podczas realizacji projektu „Uczeń na 6 w Szkole Podstawowej nr 4 z Oddziałami Integracyjnymi im. ks. Jana Twardowskiego w Olecku” Umowa Nr PWM.02.02.01-28-0074/16 na stronie internetowej Projektu, we wszelkich tradycyjnych i elektronicznych dotyczących realizacji Projektu oraz w relacjach z realizacji projektu publikowanych we wszystkich mediach tradycyjnych i elektronicznych.
5. Poniższe informacje są zgodne z prawdą i mam świadomość o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU														
IMIĘ (IMIONA)														
NAZWISKO						PŁEĆ		<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA						
PESEL										BRAK PESEL	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	WIEK	
WYKSZTAŁCENIE						<input type="checkbox"/> WYŻSZE <input type="checkbox"/> POLICEALNE <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE								
DANE ADRESOWE – ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA LUB ADRES DO KORESPONDENCJI														
ULICA									NR BUDYNKU		NR LOKALU			
KOD POCZTOWY						MIEJSCOWOŚĆ					GMINA			
POWIAT									WOJEWÓDZTWO					
TEL. KONTAKTOWY									E-MAIL					



STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU NA RYNKU PRACY	
STATUS NA RYNKU PRACY	<input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY  <input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY W TYM: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne  <input type="checkbox"/> OSOBA BIERNIA ZAWODOWO, W TYM: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne  <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA <b>W TYM:</b> <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
WYKONYWANY ZAWÓD	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
OSOBA PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  W TYM: W GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z DZIEĆMI POZOSTAJĄCYMI NA UTRZYMANIU <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI



OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI

**W PRZYPADKU SPECJALNYCH POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, PROSIMY O KONTAKT DYREKTOREM SZKOŁY.**

.....  
miejscowość, dnia

.....  
czytelny podpis uczestnika/czki\*

**W przypadku osoby nieletniej podpis rodzica/opiekuna prawnego:**

.....  
miejscowość, dnia

.....  
czytelny podpis rodzica/opiekuna uczestnika/czki