**Formularz zgłoszeniowy do projektu**

**„Zagraniczne praktyki zawodowe - możliwości rozwoju potencjału i kompetencji zawodowych”**

****

**finansowanego w ramach Programu POWER**

**nr. 2020-1-PL01-KA102-078919**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko  |  |
| Klasa i kierunek |  |
| PESEL |  |
| Seria i numer dowodu osobistego |  |
| Ulica |  |
| Nr domu, Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Powiat, Gmina |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Telefon opiekuna |  |
| Adres email |   |
| Średnia ocen z przedmiotów zawodowych  |   |
| Ocena z zachowania |  |
| Ocena z języka angielskiego |   |
| Opisu chęci oraz potrzeb udziału w projekcie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Trudna sytuacja materialna | Tak Nie |
| Opinia wychowawcy (stosunek do obowiązku szkolnego, zachowanie w grupie rówieśników ect.) |  |

**Oświadczenie ucznia**

Zobowiązuję się do terminowego i rzetelnego wykonywania wszystkich zobowiązań wynikających z uczestnictwa w zagranicznej praktyce zawodowej, która odbędzie się w trakcie projektu „Zagraniczne praktyki zawodowe - możliwości rozwoju potencjału i kompetencji zawodowych” nr. 2020-1-PL01-KA102-078919 finansowanego w ramach Programu POWER ze środków Unii Europejskiej.

Wszystkie podane w formularzu zgłoszeniowym informacje są zgodne z prawdą.

Niniejszym, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) 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 (dalej zwanym „RODO” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla celów rekrutacji do projektu „Zagraniczne praktyki szansą na konkurencyjność na rynku pracy” realizowanego ze środków POWER na zasadach Programu Erasmus+ sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe. Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do systemów informatycznych Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im. chor. Jana Szymańskiego w Marianowie, zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) RODO.

Administratorem Danych Osobowych (zwanym dalej „ADO”) jest Dyrektor Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im. chor. Jana Szymańskiego w Marianowie z siedzibą pod adresem Marianowo 7, 18-421 Piątnica Poduchowna, wyznaczył osobę odpowiedzialną za zapewnienie przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, z którą można skontaktować się pod adresem e-mail: kontakt@zsmarianowo.pl

Ponadto zgodnie z art. 15-21 oraz art. 77 RODO przysługuje osobie uczącej się prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia (jeśli pozwalają na to przepisy prawa) lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, a także prawo do przenoszenia danych.

Dane nie będą przekazywane do państwa pozostającego poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (tzw. państwa trzeciego) lub organizacji międzynarodowej.

Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu spełnienia wymogów prawnych związanych ze wspomnianym projektem.

Dane będą przetwarzane przez okres wynikający z odrębnych przepisów prawa.

.....................................................................................................................

(Miejscowość, data. Czytelny podpis ucznia)

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

(Miejscowość, data. Czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)
 DOTYCZY UCZNIÓW NIEPEŁNOLETNICH

**Oświadczenie rodzica /opiekuna prawnego**

Zgadzam się na uczestnictwo mojego syna / córki w zagranicznej praktyce zawodowej, która odbędzie się w trakcie projektu „Zagraniczne praktyki zawodowe - możliwości rozwoju potencjału i kompetencji zawodowych” nr. 2020-1-PL01-KA102-078919 finansowanego w ramach Programu POWER.

W razie nieuzasadnionej rezygnacji zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów.

Oświadczam, iż podane w formularzu informacje są zgodne z prawdą.

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

(Miejscowość, data. Czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)
 DOTYCZY UCZNIÓW NIEPEŁNOLETNICH

**Data i czytelny podpis składającego aplikację: ………….……………………………………………………**