|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU (NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELKI)** | | | | | | **NR** |
| Zgłoszenie do udziału w SZKOLENIACH/KURSIE w ramach projektu **„WSPIERAMY PRZYSZŁOŚĆ ZAWODOWĄ – PODNIESIENIE JAKOŚCI SZKOLNICTWA ZAWODOWEGO W POWIATOWYM CENTRUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO I USTAWICZNEGO W MROCZKOWIE GOŚCINNYM”**  współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 | | | | | | |
| **NALEŻY PRZY WYBRANYCH SZKOLENIACH WPISAĆ ZNAK ”X”** | | | | | | |
| **Szkolenie w zakresie metodyki BIM oraz koordynacji pracy zespołowej** | | | | | |  |
| **Kurs w zakresie diagnosty samochodowego** | | | | | |  |
| **Szkolenie w zakresie obsługi zakupionego wyposażenia do pracowni szkolnych:** | | | | | | |
| **Technikum, Branżowa Szkoła I stopnia w zawodach: technik rolnik, rolnik** | | | | | |  |
| **Technikum, Branżowa Szkoła I stopnia w zawodach: technik pojazdów samochodowych, mechanik pojazdów samochodowych, ślusarz, monter maszyn  i urządzeń** | | | | | |  |
| **Technikum w zawodzie technik usług fryzjerskich** | | | | | |  |
| **Szkoła Policealna w zawodzie opiekun domu pomocy społecznej** | | | | | |  |
| **DANE OSOBOWE** | | | | | | |
| **Nazwisko** | |  | | | | |
| **Imię (imiona)** | |  | |  | | |
| **Telefon komórkowy** | |  | | | | |
| **Jestem nauczycielem/nauczycielką przedmiotów kształcenia zawodowego w Powiatowym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Mroczkowie Gościnnym (woj. łódzkie) w szkole:** | | | | | | |
| **Technikum** |  | | **Branżowa Szkoła I Stopnia** |  | **Szkoła Policealna** |  |
| **Realizuję kształcenie w zawodzie:** | | | | | | |
| **Technik rolnik** |  | | **Technik pojazdów samochodowych** |  | **Technik usług fryzjerskich** |  |
| **Technik budownictwa** |  | | **Mechanik pojazdów samochodowych, Ślusarz, Monter maszyn i urządzeń** |  | **Opiekun domu pomocy społecznej** |  |
| **Rolnik** |  | |
| **Realizuję kształcenie zawodowe z przedmiotów (proszę wymienić):** | | | |  | | |
| **W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby  z różnymi niepełnosprawnościami prosimy  o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić** | | | |  | | |

**PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI I DOSTARCZYĆ DO BIURA PROJEKTU (ADRES PONIŻEJ) LUB SEKRETARIATU SZKOŁY**

………………………………………………………….

Podpis uczestnika projektu

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE Nr 119) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Opoczyński z siedzibą w Opocznie,   
   ul. Kwiatowa 1a, 26-300 Opoczno.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: iod@opocznopowiat.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku z wstępną rekrutacją (etap I) na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres trwania rekrutacji w ramach projektu pn.: „WSPIERAMY PRZYSZŁOŚĆ ZAWODOWĄ – PODNIESIENIE JAKOŚCI SZKOLNICTWA ZAWODOWEGO W POWIATOWYM CENTRUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO I USTAWICZNEGO W MROCZKOWIE GOŚCINNYM”
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do sprostowania danych, prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zakwalifikowania do projektu.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

………………………………………………………….

Podpis uczestnika projektu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7 | **Powiat Opoczyński**  ul. Kwiatowa 1a  26-300 Opoczno  **www.opocznopowiat.pl** | **Biuro Projektu:**  ul. Kwiatowa 1a, pok. 214  26-300 Opoczno  tel. 44 741 49 54 |

……………………………………………………

Data i godzina wpływu, podpis osoby przyjmującej formularz