Załącznik nr 2. Wzór wniosku o uczestnictwo w stażu zawodowym

**WNIOSEK O UCZESTNICTWO W STAŻU ZAWODOWYM**

realizowanym w ramach projektu pn. *„Dostosowanie oferty kształcenia Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego   
w Rzeszowie do potrzeb podkarpackiego rynku pracy”*

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa IX Jakość edukacji   
i kompetencji w regionie, Działanie 9.4 Poprawa jakości kształcenia zawodowego

**CZĘŚĆ I DANE OGÓLNE (wypełnia MSCKZiU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr wniosku** |  |
| **Data wpływu wniosku** |  |
| **Liczba punktów przyznanych przez komisję rekrutacyjną** |  |
| **Pozycja na liście rankingowej/rezerwowej[[1]](#footnote-1)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy słuchacz/czka spełnia warunki formalne określone w §4 pkt 1 Regulaminu? | TAK | NIE |
| Czy wniosek jest kompletny | TAK | NIE |
| Uwagi sprawdzającego dotyczące spełnienia warunków formalnych i/lub niekompletności wniosku:  Imię i nazwisko: ……………………………….Data: ……..………. Podpis: ……………………………... | | |

**Oświadczenia słuchacza/czki:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie dobrowolnie podanych przeze mnie danych osobowych na potrzeby prowadzonego postępowania rekrutacyjnego dotyczącego odbycia stażu zawodowego w ramach projektu pn. „Dostosowanie oferty kształcenia Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Rzeszowie do potrzeb podkarpackiego rynku pracy” oraz na cele związane z jego realizacją przez Województwo Podkarpackie/Medyczno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Rzeszowie z siedzibą przy   
ul. Warzywnej 1 (zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.), oraz przyjmuję do wiadomości iż:

* administratorem danych osobowych, w ramach zbioru: *Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020* jest Zarząd Województwa Podkarpackiego - pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, działający w imieniu Województwa Podkarpackiego;
* administratorem danych osobowych, w ramach zbioru: *Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych* jest minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, z siedzibą w: 00-507 Warszawa, Pl. Trzech Krzyży 3/5;
* podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna   
  z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu,
* zapoznałem/am się z treścią rozdziału 4 ustawy o ochronie danych osobowych, dot. praw osoby, której dane dotyczą, w zbiorach danych osobowych, tj. m.in. mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.

………………………………

czytelny podpis słuchacza/czki

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią *Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa słuchaczy/-czek Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Rzeszowie   
w stażach zawodowych organizowanych w ramach projektu pn. „Dostosowanie oferty kształcenia   
Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Rzeszowie do potrzeb podkarpackiego rynku pracy”* i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

………………………………

czytelny podpis słuchacza/czki

**Część II – DANE DOTYCZĄCE SŁUCHACZA/CZKI (wypełnia słuchacz/czka MSCKZiU)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | |  |
| Płeć | | kobieta  mężczyzna |
| Data urodzenia (dd/mm/rok) | |  |
| PESEL | |  |
| Adres stałego zamieszkania | ulica |  |
| nr domu |  |
| nr mieszkania |  |
| miejscowość |  |
| kod pocztowy,  poczta |  |
| gmina |  |
| powiat |  |
| województwo |  |
| Adres do korespondencji  (wypełnić jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres stałego zamieszkania) | ulica |  |
| nr domu |  |
| nr mieszkania |  |
| miejscowość |  |
| kod pocztowy,  poczta |  |
| gmina |  |
| powiat |  |
| województwo |  |
| Obszar zamieszkania | | miejski  wiejski |
| Telefon kontaktowy | |  |
| Adres e-mail | |  |
| Rozmiar odzieży roboczej (wyboru należy dokonać w oparciu o tabelę rozmiarów, która stanowi załącznik nr … do wniosku) | | odzież damska: XS S M L XL XXL  odzież męska: S M L XL XXL XXXL |
| Rozmiar obuwia roboczego (wyboru należy dokonać w oparciu o tabelę rozmiarów, która stanowi załącznik nr … do wniosku) | | 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45  46 47 48 49 50 |
| Wybór sposobu przekazania ewentualnego stypendium | | wypłata gotówki w kasie MSCKZiU  przelew na niżej podane konto w banku |
| Dane dotyczące konta bankowego | nr konta bankowego |  |
| nazwa banku |  |
| imię i nazwisko posiadacza konta bankowego |  |
| Czy słuchacz/czka posiada tytuł do ubezpieczeń społecznych (emerytalne, rentowe, wypadkowe)? | | tak  nie |
| Czy słuchacz/czka posiada tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego? | | tak  nie |

**Część III DANE DOTYCZĄCE WARUNKÓW FORMALNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Potwierdzenie statusu słuchacza MSCKZiU i kształcenia na kierunku:  higienistka stomatologiczna  technik elektroradiolog  technik farmaceutyczny  technik masażysta  technik usług kosmetycznych | Potwierdzam:  ………………………………………………………….....  (pieczęć szkoły i podpis pracownika sekretariatu) |
| Oświadczam, że jestem zainteresowany/a podniesieniem swoich kwalifikacji zawodowych poprzez udział w stażu zawodowym zorganizowanym w ramach projektu pn. „Dostosowanie oferty kształcenia Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego do potrzeb podkarpackiego rynku pracy”.  ……………………………………………………………………  czytelny (podpis słuchacza/czki) | |
| Oświadczam, że posiadam aktualny tytuł do ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków co potwierdza załączona do wniosku kserokopia polisy ubezpieczeniowej (innego dokumentu potwierdzającego aktualny tytuł do ubezpieczenia)  ……………………………………………………………………  czytelny (podpis słuchacza/czki) | |

**Część IV DANE DOTYCZĄCE KRYTERIÓW MERYTORYCZNYCH (wypełnia i potwierdza wychowawca)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Wynik słuchacza/czki** | **Potwierdzenie właściwej osoby** | **Liczba przyznanych punktów[[2]](#footnote-2)** |
| Średnia ocen z wszystkich przedmiotów na zakończenie  I semestru nauki w roku szkolnym 2017/2018 |  | ………………………………………..  czytelny podpis wychowawcy |  |
| Frekwencja na zakończenie  I semestru nauki w roku szkolnym 2017/2018 |  | ………………………………………..  czytelny podpis wychowawcy |  |

**Część V DANE DOTYCZĄCE DODATKOWYCH KRYTERIÓW PREMIUJĄCYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Potwierdzenie spełnienia dodatkowych kryteriów premiujących** | **Liczba przyznanych punktów[[3]](#footnote-3)** |
| Zaangażowanie słuchacza/czki na rzecz szkoły | Potwierdzam zaangażowanie …………………………………, na rzecz szkoły poprzez:…………………………....................  ……………………………………………………………………...........  …………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………...........  ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………  ………………………………………..  czytelny podpis wychowawcy |  |
| Miejsce zamieszkania słuchacza/czki na obszarach wiejskich | Oświadczam, że zamieszkuję na obszarze wiejskim, tj. obszarze (ustalona definicja obszarów wiejskich)  ………………………………………..  czytelny podpis słuchacza/czki |  |
| Słuchacz/czka z niepełnosprawnością | Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną,  o której mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r.  o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. t.j. z 2016 r., poz. 2046, z późn. zm.), co potwierdza załączona do wniosku kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.  ………………………………………..  czytelny podpis słuchacza/czki |  |
| Liczba ukończonych semestrów nauki | Oświadczam, że ukończyłem/am ………………………………  semestrów nauki w MSCKZiU w Rzeszowie.  ………………………………………..  czytelny podpis słuchacza/czki |  |

W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z niepełnosprawnością, MSCKZiU prosi o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które powinny zostać zapewnione, aby umożliwić Pani/Panu udział w projekcie:

……………………………………………………............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

……………………………………..

czytelny podpis słuchacza/czki

**Część VI (wypełnia komisja rekrutacyjna)**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba punktów przyznanych przez komisję rekrutacyjną |  |
| Data dokonania oceny wniosku |  |
| Imiona i nazwiska oraz podpisy członków komisji rekrutacyjnej:   1. ………………………………………………………. ………………………………………………..   (imię i nazwisko) (podpis)   1. ………………………………………………………. ………………………………………………..   (imię i nazwisko) (podpis)   1. ………………………………………………………. ………………………………………………..   (imię i nazwisko) (podpis) | |

1. niewłaściwe przekreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. punkty przyznaje komisja rekrutacyjna w oparciu o regulamin [↑](#footnote-ref-2)
3. punkty przyznaje komisja rekrutacyjna w oparciu o regulamin. Jeśli dodatkowe kryteria premiujące nie dotyczą ocenianego/ej słuchacza/czki, komisja rekrutacyjna w kolumnie *Liczba przyznanych punktów* wpisuje adnotację „nie dotyczy” [↑](#footnote-ref-3)