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 [ ] XXLodzież 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)