

Załącznik nr 4. Deklaracja uczestnictwa w stażu zawodowym

### DEKLARACJA UCZESTNICTWA 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 <sup>1</sup>	

Czy słuchacz/czka spełnia warunki formalne określone w §4 pkt 1 Regulaminu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy wniosek jest kompletny	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Uwagi sprawdzającego dotyczące spełnienia warunków formalnych i/lub niekompletności wniosku:		
Imię i nazwisko: .....Data: ..... Podpis: .....		

<sup>1</sup>niewłaściwe przekreślić

### 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		<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia (dd/mm/rok)		
PESEL		
Adres stałego zamieszkania	ulica	
	nr domu	
	nr mieszkania	
	miejsowość	
	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	
	miejsowość	
	kod pocztowy, poczta	
	gmina	
	powiat	
województwo		
Obszar zamieszkania		<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		
Rozmiar odzieży roboczej		odzież damska: <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL odzież męska: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> XXXL
Rozmiar obuwia roboczego		<input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50
Wybór sposobu przekazania ewentualnego stypendium		<input type="checkbox"/> wypłata gotówki w kasie MSCKZiU <input type="checkbox"/> 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)?		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy słuchacz/czka posiada tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego?		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

### Część III DANE DOTYCZĄCE WARUNKÓW FORMALNYCH

Potwierdzenie statusu słuchacza MSCKZiU i kształcenia na kierunku: <input type="checkbox"/> higienistka stomatologiczna <input type="checkbox"/> technik elektroradiolog <input type="checkbox"/> technik farmaceutyczny <input type="checkbox"/> technik masażysta <input type="checkbox"/> 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 Medyczo-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 <sup>2</sup>
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	

<sup>2</sup>punkty przyznaje komisja rekrutacyjna w oparciu o regulamin



### 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)
2. .... (imię i nazwisko)	(podpis)
3. .... (imię i nazwisko)	(podpis)