

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 ¹ | |

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 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: | | |
| <p>Imię i nazwisko:Data: Podpis:</p> | | |

¹niewłaściwe 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 | |
| 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 | |
| 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 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 |
|---|----------------------|-------------------------------------|---|
| Średnia ocen z wszystkich przedmiotów na zakończenie I semestru nauki w roku szkolnym 2018/2019 | | czytelny podpis wychowawcy | |
| Frekwencja na zakończenie I semestru nauki w roku szkolnym 2018/2019 | | czytelny podpis wychowawcy | |

²punkty 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) |