

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

<b>Tytuł Projektu</b>	Edukacja włączająca w Społecznej Szkole Podstawowej nr 1 „Nasza Szkoła” Zabrzeńskiego Towarzystwa Szkolnego w Zabrzu		
<b>Nr Projektu</b>	FESL.06.02-IZ.01-0302/23		
<b>Priorytet</b>	FESL.06.00-Fundusze Europejskie dla edukacji		
<b>Działanie</b>	FESL.06.02-Kształcenie ogólne		
<b>Wnioskodawca Projektu</b>	Zabrzeńskie Towarzystwa Szkolnego w Zabrzu	<b>Podmiot realizujący Projektu</b>	Społeczna Szkoła Podstawowa Nr 1 "Nasza Szkoła"
<b>Dane uzupełnia osoba przyjmująca wniosek</b>			
<b>Numer Kandydata w projekcie</b>			
<b>Data wpływu</b>			

**FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ "X".**

<b>I</b>	<b>Dane osobowe</b>	Imię	
		Nazwisko	
		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
		PESEL	<input type="text"/>
		Osoba pełnoletnia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Data urodzenia	
		Wykształcenie (należy zaznaczyć zakończony etap)	<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)



		kształcenia)	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> inne .....
		Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju spoza UE / bezpieczeństwiec
II	Adres zamieszkania	Ulica	
		Nr budynku	
		Nr lokalu	
		Miejscowość	
		Kod pocztowy, Poczta	
		Gmina	
		Powiat	
		Województwo	
		Kraj	
III	Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
		Adres e-mail	



IV	Status Kandydata	Nazwa Szkoły	<input type="checkbox"/> Szkoła Podstawowa nr 2 im. Gustawa Morcinka w Miasteczku Śląskim
		Kadra pedagogiczna/niepedagog iczna/zarządzająca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Uczeń/uczennica/ Klasa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie .....
		Czy jesteś osobą pracującą?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
V	Inne	Osoba posiadająca prawomocne oraz aktualne orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Osoba o specjalnych potrzebach rozwojowych lub edukacyjnych posiadająca orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinię z poradni psychologiczno- pedagogicznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU:**

Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach ww. danych.

.....  
miejsowość i data.....  
podpis Kandydata.....  
czytelny podpis Rodzica lub Opiekuna  
prawnego wymagany w przypadku,  
gdy Kandydat jest osobą  
niepełnoletnią