

Załącznik nr 4

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PRZEDSIĘWZIĘCIA -osoba dorosła/młoda/nauczyciel

„Zachodniopomorskie Spawalnicze Branżowe Centrum Umiejętności w Szczecinie”

Dofinansowanego w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności Komponent A.

„Odporność i konkurencyjność gospodarki”.

Inwestycja A.3.1.1. Wsparcie rozwoju nowoczesnego kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się przez całe życie.

Cel szczegółowy inwestycji: Wdrożenie innowacyjnych i trwałych mechanizmów współpracy na gruncie kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego uczenia się przez całe życie, sprzyjających odporności i doskonałości oraz cyfrowej i zielonej transformacji.

Zakres inwestycji: Utworzenie i wsparcie funkcjonowania 120 branżowych centrów umiejętności (BCU), realizujących koncepcję centrów doskonałości zawodowej (CoVEs)

Tytuł przedsięwzięcia: „Zachodniopomorskie Spawalnicze Branżowe Centrum Umiejętności ”

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza DRUKOWANYMI literami. Należy wypełnić wszystkie rubryki.

I DANE PODSTAWOWE - OBOWIĄZKOWE				
DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI	Imię			
	Nazwisko			
	PESEL			
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
	Wykształcenie najwyższe ukończone	<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Wyższe	
		<input type="checkbox"/> Ponadpodstawowe		
	Wykonywany zawód powiązany z kierunkami spawalnictwa		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami (<i>posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności</i>)		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
DANE SZKOŁY/ NAZWA UCZELNI (wypełniają uczniowie oraz nauczyciele)	Nazwa:			
	Typ: <input type="checkbox"/> technikum <input type="checkbox"/> liceum <input type="checkbox"/> szkoła branżowa <input type="checkbox"/> uczelnia			
DANE KONTAKTOWE	Województwo:	Powiat:		
	Gmina:	Miejscowość		
	Ulica	Nr budynku	Nr lokalu	
	Kod pocztowy	Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski	
	Tel. kontaktowy	E-mail		
OSOBA	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)	1) NIE 2) TAK 3) ODMOWA PODANIA INFORMACJI		
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)	1) NIE 2) TAK 3) ODMOWA PODANIA INFORMACJI		

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna ucznia*

.....
czytelny podpis ucznia/studenta

*obowiązuje w przypadku osoby niepełnoletniej