



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Dot. realizacji Projektu „Gimnazjalna akademia – program rozwojowy szkół gimnazjalnych Miasta Opola”
Nr POKL.09.01.02-16-023/14
Projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

Tytuł projektu: **Gimnazjalna akademia – program rozwojowy szkół gimnazjalnych Miasta Opola**

Nr projektu: POKL.09.01.02-16-023/14

Priorytet IX: Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach

Działanie 9.1 Wyrównywanie szans edukacyjnych i zapewnienie wysokiej, jakości usług edukacyjnych świadczonych w systemie oświaty.

.....
(pieczęć szkoły)

Dane uczestnika biorącego udział w projekcie realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

	Lp.	Nazwa	Dane
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć <i>(proszę zaznaczyć krzyżykiem X)</i>	Kobieta
			Mężczyzna
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
	5	PESEL	
	6	Niepelnosprawność (TAK/NIE)	
7	Wykształcenie <i>(proszę zaznaczyć krzyżykiem X)</i>	Brak Podstawowe Gimnazjalne Ponadgimnazjalne Pomaturalne Wyższe	
Dane kontaktowe	8	Ulica	
	9	Nr domu	
	10	Nr lokalu	
	11	Miejscowość	
	12	Obszar <i>(proszę zaznaczyć krzyżykiem X)</i>	Obszar miejski <i>(to gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców)</i>
Obszar wiejski <i>(to gminy wiejskie, gminy wiejsko – miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)</i>			
13	Kod pocztowy		

Dane dodatkowe	14	Województwo	
	15	Powiat	
	16	Telefon stacjonarny	
	17	Telefon komórkowy	
	18	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
	19	Rodzaj przyznanego wsparcia <i>(proszę zaznaczyć krzyżykiem X)</i>	1. Doradztwo oraz poradnictwo zawodowe 2. Rozwój kompetencji kluczowych - 3. Wsparcie i opieka psychologiczno-pedagogiczna
	20	Data rozpoczęcia udziału w projekcie <i>(data podpisania deklaracji uczestnictwa)</i>	
	21	Data zakończenia udziału w projekcie <i>(ostatni dzień udziału osoby w projekcie, np. zajęć czy szkolenia lub data przerwania udziału w projekcie)</i>	
	22	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa <i>(czy uczestnik zakończył udział w projekcie zgodnie z wyznaczonym terminem czy przerwał projekt z jakiegoś powodu)</i>	TAK / NIE
	23	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia <i>(proszę zaznaczyć krzyżykiem X)</i>	Podjęcie zatrudnienia Podjęcie nauki Inne:
	24	Czy uczestnik sprawuje opiekę nad dziećmi do lat 7 lub opiekę nad osobą zależną?	
	25	Czy uczestnik należy do mniejszości narodowej lub etnicznej?	
	26	Czy uczestnik jest Migrantem?	
	26	Czy uczestnik jest osobą niepełnosprawną?	

Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

Opole, dnia.....

.....
(Czytelny podpis opiekuna prawnego/rodzica)