*Załącznik nr 7a*

|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO FORMY WSPARCIA DLA UCZNIÓW** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Pole danych** |
| Imię (imiona) |   |
| Nazwisko |  |
| Szkoła do której uczęszcza uczeń | * Zespół Szkół Ponadpodstawowych nr 1 w Zamościu
* Zespół Szkół Ponadpodstawowych nr 2 im. Tadeusza Kościuszki w Zamościu
* Zespół Szkół Ponadpodstawowych nr 3 im. Armii Krajowej w Zamościu
* Zespół Szkół Ponadpodstawowych nr 5 im. Józefa Piłsudskiego w Zamościu
 |
| Kierunek kształcenia, klasa  |  |
| Nazwa formy wsparcia, zgodnie z § 2 ust. 7 Regulaminu |  |
| **Kryteria dodatkowe, brane pod uwagę w przypadku większej liczby kandydatów na daną formę wsparcie niż liczba miejsc:** |
| **Kryterium** | **Sposób weryfikacji** | **Punktacja** |
| Niepełnosprawność | Orzeczenie o niepełnosprawności | 0/3 |
| Płeć żeńska | Nie dotyczy | 0/2 |
| Średnia ocen wyższa od średniej ocen w klasie | Oświadczenie + oświadczenie Dyrektora szkoły o średniej ocen w klasie do której uczęszcza kandydat/ka  | 0/2 |

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

* wyrażam chęć uczestnictwa w wyżej zaznaczonych formach wsparcia w ramach projektu pt. „Rozwój kształcenia zawodowego szkół Miasta Zamość II”,
* zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „Rozwój kształcenia zawodowego szkół Miasta Zamość II” oraz akceptuję jego warunki,
* zapoznałem/am się z zapisem w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „Rozwój kształcenia zawodowego szkół Miasta Zamość II” dotyczącym praw i obowiązków Uczestnika/czki Projektu i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie i zobowiązuję się do ich przestrzegania
* Przekazane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

…………………...…………………….………… .……………………..…………………….…………

*Miejscowość, data Czytelny podpis UP (imię i nazwisko ucznia/uczennicy)*

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA UCZESTNICTWO W WYBRANEJ FORMIE WSPARCIA**

Oświadczam, iż:

1. Zapoznałam/-em się z Regulaminem niniejszego projektu i w pełni go akceptuję.
2. Przyjmuję o wiadomości, że wyżej wymienione dane osobowe córki/ syna/ podopiecznej/go będą przetwarzane wyłącznie w celu ewaluacji, zarządzania, kontroli, audytu oraz sprawozdawczości w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

 *…………….……………………………………*

*Czytelny podpis (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego\*)*

*\* Podpis rodzica/opiekuna prawnego wymagany w przypadku, gdy Kandydat/ka jest osobą niepełnoletnią.*

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

* Posiadam/nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności (w przypadku posiadania należy dołączyć jego kopię),
* W ostatnim, semestrze osiągnąłem średnią ocen ………………………………….
* Przekazane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

…………………...…………………….………… .……………………..…………………….…………

*Miejscowość, data Czytelny podpis UP (imię i nazwisko ucznia/uczennicy)*

 *…………….……………………………………*

*Czytelny podpis (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego\*)*

*\* Podpis rodzica/opiekuna prawnego wymagany w przypadku, gdy Kandydat/ka jest osobą niepełnoletnią.*