**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**PRAKTYKI ZAWODOWE W RUMUNII 2025 r.**

**Program Erasmus+**

**Projekt numer: 2024-1-PL01-KA121-VET-000203257**

**w ramach AKREDYTACJI numer:** **2021-1-PL01-KA120-VET-000047090**

*[PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI]*

**1. DANE UCZNIA.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Klasa** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Obywatelstwo** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania****Proszę zaznaczyć właściwy kwadrat** |  **WIEŚ MIASTO** |
| **Gmina** |  |
| **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**2. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko matki** |  |
| **Imię i nazwisko ojca** |  |
| **Numer telefonu do matki** |  |
| **Numer telefonu do ojca** |  |

**3. INNE.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| **Uczeń wychowuje się w rodzinie wielodzietnej (minimum 3 dzieci)** |  |  |
| **Uczeń wychowuje się w rodzinie niepełnej (zamieszkiwanie z 1 rodzicem)** |  |  |

**4. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZNIA – WYPEŁNIONE PRZEZ RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO.**

1. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? (jakie?)

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czy dziecko ma alergię? (na co?) (ewentualne objawy)

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czy dziecko przyjmuje na stałe/regularnie leki? (jakie? z jakiego powodu?)

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? (jakiej?)

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Inne ważne informacje o stanie zdrowia dziecka. Uwagi.

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Zaświadczam niniejszym o braku przeciwwskazań zdrowotnych na udział mojego syna/mojej córki w wyjeździe zagranicznym do Włoch na praktyki zawodowe w ramach ww projektu.**

....................................................................................... ............................................................

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia miejscowość, data

**ZGŁOSZENIE UCZNIA**

 **na udział w wyjeździe do Rumunii na praktyki zawodowe**

Zgłaszam chęć udziału w wyjeździe do Rumunii na praktyki zawodowe w ramach projektu o numerze: 2024-1-PL01-KA121-VET-000203257realizowanego w ramach przyznanej Akredytacji o numerze: 2021-1-PL01-KA120-VET-000047090.

Zapoznałem się z regulaminem rekrutacji.

....................................................................................... ............................................................

 czytelny podpis ucznia miejscowość, data

**ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW**

**na udział w wyjeździe do Rumunii na praktyki zawodowe**

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki (podopiecznego/ej): ………………………................…………………… ur.…………………………, na udział w wyjeździe do Rumunii na praktyki zawodowe w ramach projektu o numerze: 2024-1-PL01-KA121-VET-000203257realizowanego w ramach przyznanej Akredytacji o numerze: 2021-1-PL01-KA120-VET-000047090.

Udział w wyjeździe jest całkowicie bezpłatny – wszystkie koszty udziału w projekcie pokrywane są z funduszy Unii Europejskiej.

....................................................................................... ............................................................

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego miejscowość, data

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych zawartych w formularzu dla celów rekrutacji do Projektu oraz udziału ucznia w Projekcie po zakwalifikowaniu się do niego. Przetwarzanie powierzonych danych osobowych będzie odbywało się z poszanowaniem obowiązujących przepisów RODO:**

 Niniejszym, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej zwanym „RODO” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla celów rekrutacji do projektu realizowanego ze środków Programu Erasmus+ sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe. Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do systemów informatycznych , zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) RODO. Administratorem Danych Osobowych (zwanym dalej „ADO”) jest Zespół Szkół Licealnych w Morągu, ul. 11 Listopada 7, 14-300 Morąg.

Ponadto zgodnie z art. 15-21 oraz art. 77 RODO przysługuje osobie uczącej się prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia (jeśli pozwalają na to przepisy prawa) lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, a także prawo do przenoszenia danych. Dane nie będą przekazywane do państwa pozostającego poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (tzw. państwa trzeciego) lub organizacji międzynarodowej. Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu spełnienia wymogów prawnych związanych ze wspomnianym projektem. Dane będą przetwarzane przez okres wynikający z odrębnych przepisów prawa.

...................................................................................................................................................................................

Zgadzam się na udostępnianie mojego wizerunku na potrzeby związane z projektem i potrzeby wizerunkowe szkoły.

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

miejscowość i data podpis ucznia

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

miejscowość i data podpis rodzica/opiekuna