załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Projekt nr 2024-1-PL01-KA121-VET-000202904**

**Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku**

*Część A – wypełnia kandydat*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **PESEL** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Kierunek kształcenia** |  |
| **Rok szkolny** | 2024/2025 |

*Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji w trybie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.) zwanej dalej ,,ustawą” przetwarzanie danych osobowych, od 25 maja 2018 roku w rozumieniu art. 4 pkt. 7 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, zwanego dalej „RODO”.*

|  |  |
| --- | --- |
| Białystok, ………………… | ……………………………………………. |
| *miejscowość, data* | *podpis* |

*Część B – wypełnia Komisja Rekrutacyjna*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Ocena / Uzyskane punktacja** | |
| **Złożenie kompletu dokumentów** |  | |
| **Średnia ocena z przedmiotów zawodowych** |  | |
| **Ocena z języka obcego** |  | |
| **Opinia nauczyciela kształcenia zawodowego** |  | |
|  | **Suma** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………….  *miejscowość, data* | …………………………………………… *podpis nauczyciela kształcenia zawodowego* |
|  | ……………………………………………. |
|  | …………………………………………… |
|  | …………………………………………… *podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej* |

załącznik nr 2 do Regulaminu

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**Projekt nr 2024-1-PL01-KA121-VET-000202904**

**Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku**

Ja, niżej podpisana(y), deklaruję z własnej inicjatywy chęć udziału w stażach osób uczących się w zagranicznych przedsiębiorstwach w ramach projektu nr 2024-1-PL01-KA121-VET-000202904realizowanym przez Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkołę Policealną Województwa Podlaskiego w Białymstoku.

Oświadczam, iż znam i spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału   
w projekcie tj. jestem słuchaczem Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoły Policealnej Województwa Podlaskiego w Białymstoku.

Zostałem poinformowany o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, która wynika   
z ogólnych przepisów Kodeksu cywilnego dotyczących odpowiedzialności odszkodowawczej (art. 361 i nast.). Ponadto zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za błędy w składanych oświadczeniach woli na podstawie art. 86 Kodeksu cywilnego.

|  |  |
| --- | --- |
| Białystok, ……………………. | ……………………………………………. |
| *miejscowość, data* | *podpis* |

załącznik nr 3 do Regulaminu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**Projekt nr 2024-1-PL01-KA121-VET-000202904**

**Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku**

W związku z przystąpieniem do projektu nr 2024-1-PL01-KA121-VET-000202904 wyrażam zgodę   
na wykorzystaniem mojego wizerunku przez Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkołę Policealną Województwa Podlaskiego w Białymstoku zgodnie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1231).

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas trwania projektu mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu oraz mogą zostać wykorzystane w materiałach promocyjnych i publikacjach szkolnych.

Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również   
o wynagrodzenie względem Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoły Policealnej Województwa Podlaskiego w Białymstoku, z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi na potrzeby określone   
w oświadczeniu.

|  |  |
| --- | --- |
| Białystok, ………………………. | ……………………………………………. |
| *miejscowość, data* | *podpis* |