

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

*proszę uzupełnić wszystkie rubryki drukowanymi literami (można przy pomocy komputera)*

|  |
| --- |
| zdjęcie(proszę dołączyć, ale nie przyklejać) |

|  |
| --- |
| **SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE PROJEKTU** |
| **Tytuł projektu:** |  *„Zdobywamy doświadczenie zawodowe w Hiszpanii”*Numer projektu: 2019-1-PL01-KA102-063059 |
| **Termin realizacji projektu:** | 1.08.2019 r. do 31.12.2021 r. |
| **Termin realizacji mobilności:** | marzec 2021 (3 tygodnie) |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE** |
| **Kierunek nauczania:** | technikum … |
| Imię | …………….. | Nazwisko | ………….. |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Wiek w chwili wyjazdu na staż | lat….. miesięcy…… | Płeć: | [ ]  Mężczyzna[ ]  Kobieta |
| **Adres zamieszkania:** |
| Narodowość | ……………… | Państwo | …………….. |
| Obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA) | [ ]  Obszar miejski [ ]  Obszar wiejski |  |  |
| Miejscowość | …………….. | Kod pocztowy: | ……………. |
| Poczta | …………..... | Ulica, numer domu/lokalu | ……………. |
| Telefon kontaktowy | ……………. | E-mail | ……………. |
| Nr dowodu osobistego | ……………. | PESEL | …………….. |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBY DO KONTAKTU W SYTUACJI KRYZYSOWEJ (NADZWYCZAJNEJ)** |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| Adres zamieszkania |  | Stopień pokrewieństwa |  |
| Tel. kontaktowy |  | E-mail |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJA O STANIE ZDROWIA** |
| Czy masz szczególne wymagania dotyczące żywienia?  | [ ]  Tak [ ]  Nie |
| Czy masz alergię? | [ ]  Tak [ ]  Nie  |
| Czy palisz? | [ ]  Tak [ ]  Nie  |
| Czy zażywasz regularnie leki ? | [ ]  Tak [ ]  Nie  |
| Czy istnieją specjalne wymagania związane z Twoim stanem zdrowia ? | [ ]  Tak [ ]  Nie *Jeśli tak, proszę* *wymienić jakie:* |

|  |
| --- |
| **ZAANGAŻOWANIE W PROJEKCIE** |
| Twój pomysł na upowszechnianie i reklamę projektu wśród uczniów szkoły, wśród rodziców, w społeczności lokalnej (w tym wśród potencjalnych pracodawców) w trakcie realizacji projektu i po jego zakończeniu.(Proszę wpisać swój pomysł w pole obok. Proszę nie zostawiać tego pola pustego! ) |  |

…………………………….. ……………………………….
 (Miejscowość, data) (Czytelny podpis uczestnika)

 ………………………………..

(Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)