

Województwo Łódzkie, Szkoła Policealna Techniki Dentystycznej w Łodzi, Al. Marszałka Józefa Piłsudskiego 159, 92-332 Łódź

Umowa o objęcie przedsięwzięcia wsparciem z planu rozwojowego dotycząca realizacji przedsięwzięcia w ramach Konkursu pt. Utworzenie i wsparcie funkcjonowania 120 branżowych centrów umiejętności (BCU), realizujących koncepcję centrów doskonałości zawodowej (CoVEs)

**DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU – DOTYCZY OSOBY MŁODEJ
(uczeń, student)**

**„Utworzenie i wsparcie funkcjonowania Branżowego Centrum Umiejętności w dziedzinie
techniki dentystycznej”**

Dofinansowanego w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności

Komponent A. „Odporność i konkurencyjność gospodarki”.

Cel szczegółowy Komponentu A3. Doskonalenie systemu edukacji, mechanizmów uczenia się przez całe życie w kierunku lepszego dopasowania do potrzeb nowoczesnej gospodarki, wzrostu innowacyjności, zwiększania transferu nowych technologii oraz zielonej transformacji.

Reforma A3.1. Kadry dla nowoczesnej gospodarki – poprawa dopasowania umiejętności i kwalifikacji do wymogów rynku pracy w związku z wdrażaniem nowych technologii w gospodarce oraz zieloną i cyfrową transformacją.

Cel reformy. Przygotowanie kadr na potrzeby nowoczesnej gospodarki oraz funkcjonowania w sytuacjach kryzysowych.

Inwestycja A.3.1.1. Wsparcie rozwoju nowoczesnego kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się przez całe życie.

Cel Inwestycji. Zapewnienie przestrzeni dla skutecznej współpracy szkół, w tym zawodowych, uczelni, pracodawców, ośrodków badawczo-rozwojowych i innych instytucji otoczenia gospodarczego oraz promocja szkolnictwa zawodowego.

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza DRUKOWANYMI literami. Należy wypełnić wszystkie rubryki.

I DANE PODSTAWOWE - OBOWIĄZKOWE			
DANE SZKOŁY/ NAZWA UCZELNI		Nazwa:	
Typ	☐ technikum	☐ uczelnia	
DANE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI			
Imię i nazwisko			
PESEL			
Płeć *nieobowiązkowe	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna	
Kierunek kształcenia			
Klasa (jeśli dotyczy)			
Osoba z niepełnosprawnościami (posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności) *nieobowiązkowe	☐ TAK	☐ NIE	
DANE KONTAKTOWE		Województwo:	Powiat:
Gmina:		Miejscowość:	
Ulica	Nr budynku	Nr lokalu	
Kod pocztowy	Obszar *nieobowiązkowe	☐ miejski	☐ wiejski

**Województwo Łódzkie, Szkoła Policealna Techniki Dentystycznej w Łodzi, Al. Marszałka Józefa
Piłsudskiego 159, 92-332 Łódź**

**Umowa o objęcie przedsięwzięcia wsparciem z planu rozwojowego dotycząca realizacji przedsięwzięcia w
ramach Konkursu pt. Utworzenie i wsparcie funkcjonowania 120 branżowych centrów umiejętności
(BCU), realizujących koncepcję centrów doskonałości zawodowej (CoVEs)**

Tel. kontaktowy	E-mail
-----------------	--------

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych (załącznik 9 -
rekrutacja oświadczenie RODO).

..... <i>miejscowość i data</i>	 <i>czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna ucznia (dotyczy osoby niepełnoletniej)</i>	 <i>czytelny podpis ucznia/studenta</i>
------------------------------------	--	---