

Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020

## Zgoda Rodzica/Opiekuna prawnego na uczestnictwo w Projekcie

Ja, \_\_\_\_\_ niżej \_\_\_\_\_ podpisana/-y

.....  
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

deklaruję udział mojego dziecka

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania, PESEL dziecka oraz numer kontaktowy Rodzica/Opiekuna prawnego)

w projekcie „**PRZEZ TRUDY DO GWIAZD**” realizowanym od dnia 01.05.2017 r. do dnia 30.06.2018 r. przez Powiat Świdnicki/ Zespół Szkół Nr 1 w Świdniku im. C.K. Norwida w partnerstwie z SYNTEA SPÓŁKA AKCYJNA, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 12 Edukacja, kwalifikacje i kompetencje, Działanie 12.2 Kształcenie ogólne.

Jednocześnie oświadczam, iż:

1. Moje dziecko spełnia kryterium kwalifikowalności, uprawniające do udziału w Projekcie, tzn. jest uczniem szkoły objętej wsparciem.
2. Zapoznałam/-em się z Regulaminem niniejszego Projektu i w pełni go akceptuję.
3. Przyjmuję do wiadomości, że wyżej wymienione dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu ewaluacji, zarządzania, kontroli, audytu oraz sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.

Świdnik  
(Data i miejscowość)

.....  
(Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego)

## Deklaracja uczestnictwa w projekcie

*Ja, niżej podpisany(-a)*

.....  
*(Imię i nazwisko)*

.....  
*(adres zamieszkania, PESEL)*

deklaruję udział w projekcie „**PRZEZ TRUDY DO GWIAZD**” realizowanym od dnia 01.05.2017 r. do dnia 30.06.2018 r. przez Powiat Świdnicki w Świdniku/Zespół Szkół Nr 1 im. Cypriana Kamila Norwida w Świdniku w partnerstwie z Syntea S.A. w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, Numer i nazwa Osi priorytetowej: 12 *Edukacja, kwalifikacje i kompetencje*, Działanie: 12.2 *Kształcenie ogólne*.

Jednocześnie oświadczam, iż:

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.
2. Zapoznałem(-am) się z regulaminem niniejszego Projektu i w pełni go akceptuję.
3. Przekazane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz publikowanie mojego wizerunku w celach realizacji i promocji projektu.

Świdnik 12.05.2017 .....

Data i czytelny podpis Uczestnika projektu

.....  
*Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\**

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

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „PRZEZ TRUDY DO GWIAZD”

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI. POLA WYBORU NALEŻY OZNACZYĆ SYMBOLEM „X”

Dane podstawowe uczestnika	
Kraj	
Rodzaj uczestnika	indywidualny
Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć <i>(należy zaznaczyć)</i>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystępowania do projektu	
Wykształcenie	gimnazjalne

Status ucznia	
Klasa <i>(aktualnie)</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Kierunek kształcenia <i>(należy zaznaczyć)</i>	<input type="checkbox"/> Technik Hotelarstwa <input type="checkbox"/> Technik Logistyki <input type="checkbox"/> Technik Żywności i Usług Gastronomicznych
Numer legitymacji szkolnej/ dowodu osobistego	

Dane kontaktowe	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr domu / nr lokalu	
Kod pocztowy	_____ - _____ Poczta _____
Telefon stacjonarny	
Telefon komórkowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

Adres do korespondencji <i>*wypełnić jeśli inny niż zameldowania</i>	
Ulica	
Nr domu / nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	_____ - _____ Poczta _____

Obszar zamieszkania (wg stopnia urbanizacji DEGURBA)	
a) tereny gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie),	<input type="checkbox"/>
b) tereny pośrednie (przedmieścia),	<input type="checkbox"/>
c) tereny słabo zaludnione (wiejskie)	<input type="checkbox"/>

Dane dodatkowe	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	osoba bierna zawodowo
Wykonywany zawód	uczeń
Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej (należy zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Fakt bycia migrantem (należy zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Fakt bycia osobą niepełnosprawną (należy zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

## ZAKRES PROJEKTU

**Zaznacz „x” zajęcia, w których chciałabyś/ chciałbyś uczestniczyć**

*\*dany uczeń zaznacza zajęcia, w których chciałby uczestniczyć zgodnie ze swoim kierunkiem kształcenia oraz zainteresowaniami. Ostateczna decyzja o zakwalifikowaniu Kandydata na szkolenia/zajęcia należy do komisji rekrutacyjnej.*

Podniesienie u uczniów kompetencji kluczowych, właściwych postawi umiejętności niezbędnych na rynku pracy, oraz rozwój indywidualnego podejścia do ucznia, szczególnie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

**1. Doradztwo edukacyjno – zawodowe**

- Indywidualne doradztwo edukacyjno – zawodowe,
- Grupowe doradztwo edukacyjno – zawodowe.

**2. Zajęcia dodatkowe: rozwojowe i dydaktyczno – wyrównawcze dla uczniów**

- Język angielski,
- Język niemiecki,
- Matematyka,
- Biologia.

**3. Zajęcia ICT**

- Multimedia w reklamie,
- Systemy prezentacji informacji w biznesie,
- Systemy mobilne w biznesie.

## Oświadczenie kandydata

**Oświadczam, że:**

- Zapoznałem(-am) się z zasadami udziału w projekcie i dobrowolnie wyrażam wolę uczestnictwa w nim.
- Zapoznałem(-am) się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
- Zgodnie z wymogami określonymi w Regulaminie uczestnictwa w projekcie spełniam kryteria kwalifikujące mnie do udziału w nim.
- Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Mistrzostwo w zawodzie kluczem do sukcesu”.
- Zostałem(-am) poinformowany(-na), że projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Przekazane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.**

**12.05.2017**

.....  
data

.....  
Czytelny podpis kandydata

## **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZBIORACH:**

**ZBIÓR NR 1: Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,  
ZBIÓR NR 2: Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**PRZEZ TRUDY DO GWIAZD**” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

**1)** administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

- a. Województwo Lubelskie z siedzibą w Lublinie przy ul. Artura Grottgera 4 dla zbioru nr 1.
- b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w Warszawie, Pl. Trzech Krzyży 3/5 dla zbioru nr 2.

**2)** podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 oraz art. 27 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,
- b. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,
- c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 217),
- d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r.
- e. Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 (MIIR/H 2014-2020/13(01)/04/2015),
- f. Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020 (MIIR/H 2014-2020/6(01)/03/2015),

**3)** moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:

- a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
- b. zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.

**4)** podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości otrzymania wsparcia w ramach projektu,

*Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020*

5) w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji,

6) Moje dane osobowe zostaną przekazane do przetwarzania Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Lubelskiego 2014 - 2020 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.

7) Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Lubelskiego 2014 - 2020, beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Lubelskiego 2014 - 2020 oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WL 2014 – 2020.

8) w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy,

9) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Świdnik 12.05.2017  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika Projektu

.....  
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\*

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