Zakres danych osobowych uczestników biorących udział w Projekcie pt.: *„Kompetencje szansą na lepsze jutro”,* nr RPDS.10.02.01-02-0075/17 realizowanym w ramach Osi Priorytetowej 10 Edukacja, Działania 10.2 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, Poddziałania 10.2.1 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej – konkursy horyzontalne.

**W*szystkie pola niniejszego formularza należy wypełnić czytelnie***

***(elektronicznie lub odręcznie pismem drukowanym)***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DANE OSOBOWE**  |
| 1 | Imię (imiona) |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Płeć*(proszę zaznaczyć X odpowiednie pole)* | * Kobieta
* Mężczyzna
 |
| 4 | PESEL |  |
| 5 | Imiona rodziców |  |
| 6 | Uczeń z niepełnosprawnościami | * tak
* nie
 |
| **II** | **ADRES ZAMIESZKANIA W ROZUMIENIU KODEKSU CYWILNEGO** |
| 7 | Ulica |  |
| 8 | Nr domu |  |
| 9 | Nr lokalu |  |
| 10 | Kod pocztowy |  |
| 11 | Miejscowość |  |
| 12 | Gmina |  |
| 13 | Powiat |  |
| 14 | Województwo |  |
| 15 | Miejscowość wskazana w pkt 9 położona jest:*(proszę zaznaczyć X odpowiednie pole)* | * na obszarze miejskim (w granicach administracyjnych miast)
* na obszarze wiejskim (poza granicami administracyjnymi miast): gmina wiejska, część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko – wiejskiej
 |
| 16 | Miejscowość wskazana w pkt 9 jest miejscowością:*(proszę zaznaczyć X odpowiednie pole)* | * do 25 tys. mieszkańców
* powyżej 25 tys. mieszkańców
 |
| **III** | **DANE KONTAKTOWE** |
| 17 | Telefon stacjonarny |  |
| 18 | Telefon komórkowy |  |
| 19 | Adres poczty elektronicznej (email) |  |
| **IV** | **ADRES DO KORESPONDECJI (należy wypełnić jedynie gdy korespondencja powinna być kierowana na inny adres niż wskazany powyżej – pola 7-11)** |
| 20 | Ulica |  |
| 21 | Nr domu |  |
| 22 | Nr lokalu |  |
| 23 | Kod pocztowy |  |
| 24 | Miejscowość |  |
| **V** | **ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE** |
| 25 | O projekcie dowiedziałam/ dowiedziałem się z:*(proszę zaznaczyć X odpowiednie pole)* | * ulotki
* od koordynatora szkolnego, nauczyciela
* przekazu słownego (np. od znajomych, rodziców)
* spotkań informacyjnych
* innych uczestników projektu
* tablicy informacyjnej w szkole
* innych źródeł *(jakich?)………………………………………*
 |

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW W RODZINIE\***

Oświadczenie o dochodzie podlegającym opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach określonych w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych, osiągniętym w roku kalendarzowym poprzedzającym rozpoczęcie udziału w projekcie.

Oświadczam, że w roku podatkowym 2016 miesięczny dochód w przeliczeniu na 1 członka mojej rodziny wyniósł …………………. zł

*\* Podanie danych jest dobrowolne, uczniowie z rodzin o niskich dochodach (w myśl Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17.07.2012 r.) otrzymają dodatkowo 2 punkty w procesie rekrutacji.*

Niniejszym oświadczam że:

* Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „*Kompetencje szansą na lepsze jutro”,* nr RPDS.10.02.01-02-0075/17 i akceptuję go oraz wyrażam zgodę na uczestnictwo w Projekcie.
* Jestem uprawniona/uprawniony do uczestnictwa w Projekcie.
* W razie zmiany danych teleadresowych zobowiązuję się natychmiast poinformować o tym

 realizatora projektu tj. Fundację Kuźnia Talentów.

* Oświadczam, że podane przeze mnie dane i informacje zawarte w formularzu zgłoszeniowym oraz w przedłożonych załącznikach (jeśli zostały złożone, ich złożenie nie jest konieczne)
są zgodne z prawdą.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość i data Podpis uczestnika Podpis rodzica lub opiekuna prawnego\*

*\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„***Kompetencje szansą na lepsze jutro***”** o numerze RPDS.10.02.01-02-0075/17 (zwanym dalej „projektem”) oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych jest minister właściwy
ds. rozwoju regionalnego , mający siedzibę przy pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Baza danych związanych
z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020, jest Marszałek Województwa Dolnośląskiego, mający siedzibę przy ul. Wybrzeże Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław.
3. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 1 i 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( tj. Dz. U.
z 2016 r. poz. 922)
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020.
5. Moje dane osobowe zostaną przekazane do przetwarzania Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 - 2020 oraz podmiotom, które
na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.
6. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne
na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 - 2020, beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 - 2020 oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014 – 2020.
7. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. Po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu
i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020.
9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość i data Podpis uczestnika Podpis rodzica lub opiekuna prawnego\*

*\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna*

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć z organizowanych zajęć zawierających mój wizerunek, tj. ucznia biorącego udział w realizacji projektu „Kompetencje szansą na lepsze jutro” nr RPDS.10.02.01-02-0075/17 **wyłącznie** w celu udzielenia wsparcia, realizacji wyżej wymienionego projektu, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Osi Priorytetowej 10 Edukacja, Działania 10.2 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, Poddziałania 10.2.1 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej – konkursy horyzontalne.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość i data Podpis uczestnika Podpis rodzica lub opiekuna prawnego\*

*\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna*

**Kwalifikacja ucznia** do udziału w zajęciach w ramach projektu

pt.: *„****Kompetencje szansą na lepsze jutro****”,* nr RPDS.10.02.01-02-0075/17 realizowanego w ramach Osi Priorytetowej 10 Edukacja, Działania 10.2 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, Poddziałania 10.2.1 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej – konkursy horyzontalne.

**W*szystkie pola niniejszego formularza należy wypełnić czytelnie***

***(elektronicznie lub odręcznie pismem drukowanym)***

|  |
| --- |
| **Kwalifikacja ucznia** **……………………………………………………………………….**(imię i nazwisko) **do udziału w zajęciach w ramach projektu**Wypełnia nauczyciel prowadzący***(proszę zaznaczyć „x” odpowiednie pole)*** |
| **Zajęcia dodatkowe rozwijające uzdolnienia***(proszę zaznaczyć x odpowiednie pole)* |
| *Uzyskanie przez ucznia w poprzednim semestrze z danego przedmiotu oceny: 3– 6* |
|  | **Przedmiot** | **Uzasadnienie** |
|  | Inicjatywność i przedsiębiorczość |  |
| **Zajęcia dydaktyczno- wyrównawcze***(proszę zaznaczyć x odpowiednie pole)* |
| *Uzyskanie przez ucznia w poprzednim semestrze z danego przedmiotu oceny: 1 – 3* |
|  | **Przedmiot** | **Uzasadnienie** |
|  | Matematyka |  |
|  | Język angielski |  |

|  |
| --- |
| **Zajęcia specjalistyczne***(proszę zaznaczyć x odpowiednie pole)* |
| Podstawą zakwalifikowania uczniów do udziału w zajęciach specjalistycznychjest orzeczenie o niepełnosprawności |
|  | **Rodzaj** | **Uzasadnienie** |
|  | Zajęcia grupowe z zakresu rehabilitacji ruchowej |   |
|  | Indywidualna terapia z zastosowaniem metody biofeedback |  |

|  |
| --- |
| **Zajęcia pozaszkolne rozwijające kompetencje kluczowe****w ramach wycieczek edukacyjnych***(proszę zaznaczyć x odpowiednie pole)* |
|  | **Rodzaj** | **Opinia dyrektora** |
|  | Jednodniowa wycieczka edukacyjna |  |
|  | Trzydniowawycieczka edukacyjna |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość i data Podpis wychowawcy