**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU – DZIECKO I RODZIC**

**pn. „Poprawa jakości kształcenia ogólnego oraz warunków dydaktycznych w Gminie Bartoszyce”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA– DZIECKO** | | | |
| **Imię (imiona)** |  | | |
| **Nazwisko** |  | | |
| **PESEL** |  | | |
| **Klasa do której dziecko uczęszcza** (w chwili przystąpienia do projektu) | □ I □ II □ III □ IV □ V □ VI □ VII □ VIII | | |
| **DANE KONTAKTOWE i ADRES ZAMIESZKANIA** | | | |
| **Ulica** | |  | |
| **Nr domu:** | |  | |
| **Nr lokalu:** | |  | |
| **Nazwa miejscowości:** | |  | |
| **Kod pocztowy:** | |  | |
| **Obszar *(proszę zaznaczyć X właściwe):*** | | □ obszar wiejski □ obszar miejski | |
| **Powiat:** | |  | |
| **Gmina:** | |  | |
| **Województwo:** | |  | |
| **Imię i nazwisko Matki/opiekuna prawnego** | |  | |
| **Imię i nazwisko Ojca/opiekuna prawnego** | |  | |
| **Telefon kontaktowy:** | |  | |
| **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** | |  | |
| **Dane dodatkowe** | | | | |
| **Mój syn/córka uczęszcza do** | | | | |
| Szkoła Podstawowa im. 20 Bartoszyckiej Brygady Zmechanizowanej w Bezledach | | | * TAK * NIE | |
| Szkoła Podstawowa w Żydowie | | | * TAK * NIE | |
| Szkoła Podstawowa im. J. Brzechwy w Wojciechach | | | * TAK * NIE | |
| Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Sokolicy | | | * TAK * NIE | |
| Szkoła Podstawowa im. J. Korczaka w Krawczykach | | | * TAK * NIE | |
| Szkoła Podstawowa w Galinach | | | * TAK * NIE | |
| **Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia** | | |  | |

**Oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwe X):[[1]](#footnote-1)

|  |  |
| --- | --- |
| Mój syn/moja córka jest osobą z niepełnosprawnościami | * TAK * NIE * ODMOWA |
| Mój syn/moja córka jest dysponuje orzeczeniem z publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej(ksero orzeczenia jest posiadane przez szkołę) | * TAK * NIE * ODMOWA |
| Mój syn/moja córka jest osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia | * TAK * NIE * ODMOWA   ODMOWA |
| Mój syn/moja córka jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * TAK * NIE |
| Mój syn/moja córka jest osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej [[2]](#footnote-2) | * TAK * NIE * ODMOWA |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA – RODZIC (MATKA/OJCIEC)[[3]](#footnote-3)** | | | | |
| **Imię (imiona)** |  | | | |
| **Nazwisko** |  | | | |
| **PESEL** |  | | | |
| **Wiek** (w chwili przystąpienia do projektu) |  | | | |
| **Wykształcenie** | □Brak  (brak formalnego wykształcenia) | □Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) | | □Gimnazjalne (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) |
| □Ponadgimnazjalne (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej: Liceum ogólnokształcące,Liceum profilowane, Technikum Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające, Zasadnicza szkoła zawodowa)\*\***podkreślić właściwe** | □ Policealne | □ Wyższe  (licencjat lub magister) | |
| **DANE KONTAKTOWE i ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | |
| **Ulica** | |  | | |
| **Nr domu:** | |  | | |
| **Nr lokalu:** | |  | | |
| **Nazwa miejscowości:** | |  | | |
| **Kod pocztowy:** | |  | | |
| **Obszar *(proszę zaznaczyć X właściwe):*** | | □ obszar wiejski □ obszar miejski | | |
| **Powiat:** | |  | | |
| **Gmina:** | |  | | |
| **Województwo:** | |  | | |
| **Telefon kontaktowy:** | |  | | |
| **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** | |  | | |
| **Wykonywany zawód:** | |  | | |
| **Zatrudniony w:** | |  | | |

**Oświadczam, że jestem** *(proszę zaznaczyć właściwe x)*:

|  |  |
| --- | --- |
| osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * TAK   - osoba długotrwale bezrobotna  - inne[[4]](#footnote-4)   * NIE |
| osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * TAK   - osoba długotrwale bezrobotna  - inne[[5]](#footnote-5)   * NIE |
| osoba bierna zawodowo | * TAK   - osoba ucząca się,  - osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  - inne[[6]](#footnote-6)   * NIE |
| osoba pracująca | * TAK   - osoba pracująca w administracji rządowej,  - osoba pracująca w administracji samorządowej,  - osoba pracująca w MMŚP,  - osoba pracująca w organizacji pozarządowej,  - osoba prowadząca rachunek,  - osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie,  - działalność na własny rachunek  - inne[[7]](#footnote-7)   * NIE |

**Oświadczam, że jestem** (proszę zaznaczyć właściwe X):[[8]](#footnote-8)

|  |  |
| --- | --- |
| Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osobą obcego pochodzenia | * TAK * NIE * ODMOWA |
| Osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * TAK * NIE |
| Osobą z niepełnosprawnościami | * TAK * NIE * ODMOWA |
| Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej [[9]](#footnote-9) | * TAK * NIE * ODMOWA |

06.09.2019r…………………………………………………………

Data i podpis **Rodzica -** Uczestnika Projektu

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Deklaruję uczestnictwo mojego syna/mojej córki…………………………………………………………………………………. oraz moje – …………………………………………………….……. (imię i nazwisko Matki/Ojca)[[10]](#footnote-10) w projekcie pn. **„Poprawa jakości kształcenia ogólnego oraz warunków dydaktycznych w Gminie Bartoszyce”** realizowanym przez Gminę Wiejską Bartoszyce w ramach Działania: RPWM.02.02.00 Podniesienie jakości oferty edukacyjnej ukierunkowanej na rozwój kompetencji kluczowych uczniów Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020.

Oświadczam, że mój syn/moja córka spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające go/ją do udziału w Projekcie:

1. pobieranie naukę w SP objętych projektem

Oświadczam, że jako Matka/ Ojciec spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:

1. zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie

**Deklaruję udział we wsparciu dla rodziców, tj. odebranie broszury informacyjnej na temat wsparcia rozwoju kompetencji matematyczno-przyrodniczych -TIK w warunkach domowych oraz/lub udział w doradztwie edukacyjno- zawodowym**

Ja, niżej podpisany/ a oświadczam, że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach, na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

**Deklaracja zapoznania się z regulaminem:**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu oraz że zobowiązuję się do respektowania zawartych w nim postanowień.

**Wyrażenie zgody na udział w badaniu ewaluacyjnym i wykorzystanie wizerunku:**

Ja, niżej podpisany/ a „Wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych oraz na wykorzystanie mojego wizerunku w celu udokumentowania działań prowadzonych w ramach realizacji projektu”.

**Oświadczenie o zgodności ww. danych z prawdą:**

Ja, niżej podpisany/ a „Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą”

06.09.2019r.………………………….…………………

*Data i podpis rodzica (Matki lub Ojca)/opiekuna prawnego*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem przeze mnie do projektu pn. **„Poprawa jakości kształcenia ogólnego oraz warunków dydaktycznych w Gminie Bartoszyce”,** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko- Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: **Instytucja Zarządzająca**).
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.
3. Instytucja Zarządzająca powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@warmia.mazury.pl
4. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C oraz art. 9 ust. 2 lit. G 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktach prawnych:
5. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006
6. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
7. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
8. Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
9. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. **„Poprawa jakości kształcenia ogólnego oraz warunków dydaktycznych w Gminie Bartoszyce”,** w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
10. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania, Beneficjentowi realizującemu projekt - Gminie Bartoszyce przy ul. Zwycięstwa 2, 11-200 Bartoszyce oraz podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu –Szkoła Podstawowa im. 20 Bartoszyckiej Brygady Zmechanizowanej w Bezledach (Bezledy 13a, 11-200 Bartoszyce), Szkoła Podstawowa w Żydowie (Żydowo 2, 11-200 Bartoszyce), Szkoła Podstawowa im. J. Brzechwy w Wojciechach Wojciechy 66, 11-200 Bartoszyce), Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Sokolicy (Sokolica 10,m 11-200 Bartoszyce), Szkoła Podstawowa im. J. Korczaka w Krawczykach (Krawczyki, 11-200 Bartoszyce), Szkoła Podstawowa w Galinach (Galiny 69, 11-200), Project Hub Sp. z o.o., ul. Trzcianecka 3e, 60-434 Poznań.
11. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
12. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020 na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM lub Beneficjenta\*\*.
13. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu akceptacji sprawozdania końcowego z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 przez Komisję Europejską.
14. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
15. Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
16. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu /Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu./Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji projektu\*\*\*.
17. Po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 (tzw. Wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego)\*\*\*\*.

|  |  |
| --- | --- |
| Bartoszyce, dn. 06.09.2019r. | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[11]](#footnote-11)\** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy osób z niepełnosprawnością** | | | |
| Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje: | 1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| 1. Pętla indukcyjna | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| 1. Powiększony tekst | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| 1. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| 1. Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| 1. Inne | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| Jeżeli w **pkt 5 zaznaczono TAK**, proszę wymienić potrzeby w zakresie wyżywienia: |  | | |
| Jeżeli w **pkt 6 zaznaczono TAK,** proszę wymienić potrzeby: |  | | |

1. Uczestnicy projektu mogą skorzystać z możliwości odmowy podania danych wrażliwych – w takim przypadku należy zaznaczyć X pole „ODMOWA” [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoby w innej niekorzystnej sytuacji to: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; osoby z obszarów wiejskich [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. Niewłaściwe kreślić. [↑](#footnote-ref-4)
5. Niewłaściwe kreślić. [↑](#footnote-ref-5)
6. Niewłaściwe kreślić. [↑](#footnote-ref-6)
7. Niewłaściwe kreślić. [↑](#footnote-ref-7)
8. Uczestnik ma prawo do odmowy podania informacji dot. danych wrażliwych. W takiej sytuacji należy zaznaczyć X pole „ODMOWA” [↑](#footnote-ref-8)
9. Osoby w innej niekorzystnej sytuacji to: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; osoby z obszarów wiejskich [↑](#footnote-ref-9)
10. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-10)
11. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

    \*\* Należy wykreślić w przypadku sporządzania oświadczenia przez Beneficjenta.

    \*\*\* Brak zgody Beneficjenta będącego osobą fizyczną powinien skutkować rozwiązaniem umowy. Beneficjent winien uzyskać zgodę członka personelu projektu na przetwarzanie jego danych osobowych.

    \*\*\*\* Dotyczy oświadczeń uczestników projektów dla właściwych typów operacji. [↑](#footnote-ref-11)