**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY/DEKLARACJA UDZIAŁU w PROJEKCIE**

**„Pokonać bariery”** – wsparcie w rozwoju kompetencji kluczowych uczennic i uczniów Szkoły Podstawowej nr 8, Szkoły Podstawowej nr 71, Szkoły Podstawowej nr 84, Szkoły Podstawowej nr 95, Szkoły Podstawowej nr 99 i Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 102

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. Dane osobowe Ucznia/Uczennicy** | | |
| Imię | |  |
| Nazwisko | |  |
| PESEL | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Data urodzenia | |  |
| Wiek (w chwili przystąpienia do projektu) | |  |
| Szkoła (Nazwa i numer) | | Szkoła Postawowa nr 84 |
| Płeć | | Kobieta Mężczyzna |
| **II. Adres zamieszkania/dane kontaktowe Ucznia/Uczennicy** | | |
| Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Gmina |  | |
| Miejscowość |  | |
| Ulica |  | |
| Nr budynku |  | |
| Nr lokalu |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| **II A. Dane rodzica/opiekuna prawnego** | | |
| Matka  Ojciec  Opiekun prawny | | |
| Imię i nazwisko |  | |
| Telefon kontaktowy |  | |
| E-mail |  | |
| **III. Informacje dodatkowe nt. Ucznia/Uczennicy** | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  ☐ tak  ☐ nie  ☐ odmowa podania informacji | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  ☐ tak  ☐ nie | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami  ☐ tak  ☐ nie  ☐ odmowa podania informacji  Jeśli tak – wskaż indywidualne potrzeby wynikające z niepełnosprawności  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione wcześniej)  ☐ tak  ☐ nie  ☐ odmowa podania informacji | | |
| **IV. Zgłaszam udział mojego dziecka/podopiecznego do projektu „**Pokonać bariery” – wsparcie w rozwoju kompetencji kluczowych uczennic i uczniów Szkoły Podstawowej nr 8, Szkoły Podstawowej nr 71, Szkoły Podstawowej nr 84, Szkoły Podstawowej nr 95, Szkoły Podstawowej nr 99 i Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 102 **w zakresie uczestnictwa w zajęciach dodatkowych i pozaszkolnych**  …………………………. ……………………………………………  *data podpis rodzica/opiekuna prawnego* | | |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/y ………………………………………………………………………………...………………………………………………

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego, w projekcie „Pokonać bariery” – wsparcie w rozwoju kompetencji kluczowych uczennic i uczniów Szkoły Podstawowej nr 8, Szkoły Podstawowej nr 71, Szkoły Podstawowej nr 84, Szkoły Podstawowej nr 95, Szkoły Podstawowej nr 99 i Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 102 - realizowanego przez Gminę Wrocław w ramach RPO WD 2014-2020:

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am sięz „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pokonać bariery” – wsparcie w rozwoju kompetencji kluczowych uczennic i uczniów Szkoły Podstawowej nr 8, Szkoły Podstawowej nr 71, Szkoły Podstawowej nr 84, Szkoły Podstawowej nr 95, Szkoły Podstawowej nr 99 i Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 102 (dostępnym w szkole oraz w siedzibie zespołu projektowego w Centrum Kształcenia Zawodowego we Wrocławiu, ul. Strzegomska 49a, 53-611 Wrocław oraz na stronie internetowej http://www.ckz.edu.pl) i akceptuję jego zapisy.

2. Uczeń/uczennica, którego jestem rodzicem/opiekunem prawnym, spełnia warunki i kryteria kwalifikujące do udziału w projekcie określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pokonać bariery”(…), przede wszystkim w zakresie: **jest uczniem/uczennicą jednej ze szkół podstawowych które biorą udział w projekcie**.

3. Dane osobowe – moje oraz ucznia/uczennicy, którego jestem rodzicem/opiekunem prawnym – podane przeze mnie w niniejszym dokumencie są prawdziwe. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania koordynatora szkolnego projektu lub dyrektora szkoły o zaistniałej konieczności rezygnacji z udziału w projekcie ucznia/uczennicy ważnych przyczyn, a także o zmianie danych personalnych i kontaktowych.

4. Wyrażam zgodę na udział ucznia/uczennicy, którego jestem rodzicem/opiekunem prawnym, w badaniach monitoringowych i ewaluacyjnych na potrzeby projektu podczas jego trwania, a także po zakończeniu.

…………………………………………… ………………….…………………………………………………………………………..

*data podpis rodzica/opiekuna prawnego*

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/79 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1), oraz w związku z realizacją/przystąpieniem do projektu „Pokonać bariery” – wsparcie w rozwoju kompetencji kluczowych uczennic i uczniów Szkoły Podstawowej nr 8, Szkoły Podstawowej nr 71, Szkoły Podstawowej nr 84, Szkoły Podstawowej nr 95, Szkoły Podstawowej nr 99 i Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 102przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych jest:

* w odniesieniu do zbioru: Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020 - Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
* w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa

1. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:

* Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020, e-mail [inspektor@umwd.pl](mailto:inspektor@umwd.pl);
* Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, e-mail [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl);

1. Moje dane osobowe przetwarzane są/będą 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, a także w celach związanych z odzyskiwaniem środków, celach archiwalnych oraz statystycznych;
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
3. W zakresie zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie:

* 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,
* 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,
* ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
* 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

1. Odbiorcami moich danych osobowych będą: Instytucje Pośredniczące Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020, Beneficjent, Partner[[1]](#footnote-1) oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 lub beneficjenta. Dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 - 2020 oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014 – 2020;
2. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby rozliczenia projektu, na potrzeby rozliczenia i zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 oraz do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji;
3. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. W zakresie danych szczególnych kategorii (o których mowa w art. 9 RODO), mam prawo odmowy ich podania, jednakże odmowa podania informacji dotyczących tych danych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.
4. Zgoda na publikację wizerunku jest dobrowolna, a jej nieudzielenie nie będzie miało wpływu na udział w projekcie.
5. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. W tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy. Natomiast w zakresie zgody na publikację wizerunku mam prawo do żądania usunięcia moich danych osobowych.
6. Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa), gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
7. Moje dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
8. Moje dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.

**Zgoda na rozpowszechnianie wizerunku**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka/podopiecznego na podstronie internetowej projektu (w postaci zamieszczanych zdjęć/filmów z zajęć i innych wydarzeń w projekcie – [www.ckz.edu.pl](http://www.ckz.edu.pl)).

Rozumiem, że:

1. zgoda jest dobrowolna,
2. jej brak nie ma wpływu na udział mojego dziecka/podopiecznego w projekcie,
3. mogę odwołać ją w każdej chwili, pisząc na adres: [iod.ckz@wroclawskaedukacja.pl](mailto:iod.ckz@wroclawskaedukacja.pl) lub składając oświadczenie w sekretariacie szkoły biorącej udział w projekcie.

…………………………………………… ………………….…………………………………………………………………………..

*data podpis rodzica/opiekuna prawnego*

*Uwaga:*

**Wypełnia Komisja Rekrutacyjna – SP 84**

|  |  |
| --- | --- |
| **V. Decyzja Komisji Rekrutacyjnej na posiedzeniu w dniu: ……………….…….………..**  **Zaznaczyć:**  **X** – zakwalifikowano do udziału w projekcie  **LR –** w przypadku wpisania na listę rezerwową | |
| **Uczennica/uczeń objęty wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19** |  |
| **Kształtowanie kompetencji kluczowych poprzez realizację zajęć dydaktyczno-wyrównawczych** | |
| Zajęcia dydaktyczno - wyrównawcze dla uczniów/uczennic kl. I-III |  |
| **Kształtowanie kompetencji kluczowych poprzez realizację projektów edukacyjnych oraz organizację kółek zainteresowań i warsztatów dla uczennic i uczniów** | |
| Koło medyczne |  |
| **Wsparcie w zakresie kształtowania kompetencji emocjonalno - społecznych uczniów i uczennic**  **ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi** | |
| Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno – społeczne |  |
| Terapia pedagogiczna |  |

……………………………………… ………………….…………………………………….

*Miejscowość, data podpis Dyrektora Szkoły oraz pieczątka Szkoły*

1. Jeśli dotyczy. [↑](#footnote-ref-1)