**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 Rodzica/Opiekuna prawnego** | | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | |
| Data urodzenia |  | | | | | | | |
| Wiek (w chwili złożenia formularza zgłoszeniowego) |  | | | | | | | |
| Płeć | Kobieta Mężczyzna | | | | | | | |
| **II. Adres zamieszkania/dane kontaktowe Rodzica/Opiekuna prawnego** | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | |
| Powiat |  | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | |
| Nr budynku |  | | | | | | | |
| Nr lokalu |  | | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | | | | |
| E-mail |  | | | | | | | |
| **III. Informacje dodatkowe nt. Rodzica**  **Oświadczam, że dotyczy mnie status (zaznaczyć właściwe):** | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: (właściwe zaznaczyć )** | | | | | | | | |
| * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy: | | | | tak |  | nie |  | |
| w tym - osoba długotrwale bezrobotna | | | | tak |  | nie |  | |
| * Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy: | | | | tak |  | nie |  | |
| w tym - osoba długotrwale bezrobotna | | | | tak |  | nie |  | |
| * Osoba bierna zawodowo: | | | | tak |  | nie |  | |
| w tym: osoba ucząca się | | | | tak |  | nie |  | |
| * Osoba pracująca: | | | | tak |  | nie |  | |
| **w tym** - **w**łaściwe zaznaczyć | | | | | | | | |
| Osoba pracująca w administracji rządowej | |  | Osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | |  |
| Osoba pracująca w MMSP | |  | Osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | |  |
| Osoba prowadząca działalność na własny rachunek | |  | Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | |  |
| Inne | |  |  | | | | | |
| **Wykonywany zawód** - właściwe zaznaczyć | | | | | | | | |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu | |  | Nauczyciel kształcenia ogólnego | | | | |  |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego | |  | Nauczyciel kształcenia zawodowego | | | | |  |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | |  | Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | | | | |  |
| Pracownik instytucji rynku pracy | |  | Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | | | | |  |
| Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej | |  | Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | | | | |  |
| Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | |  | Rolnik | | | | |  |
| Inne | |  |  | | | | | |
| **Zatrudniona/y w – nazwa instytucji**………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | |
| **Osoba z wykształceniem**: - właściwe zaznaczyć …………. | | | | | | | | |
| -podstawowym | | | |  | | | | |
| -gimnazjalnym | | | |  | | | | |
| -ponadgimnazjalnym | | | |  | | | | |
| -policealnym | | | |  | | | | |
| -wyższym | | | |  | | | | |
| **IV. Zgłaszam udział 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 wsparcia dla rodziców/opiekunów prawnych ucznia/uczennicy ze specjalnymi potrzebami objętego/ej indywidualizacją wsparcia w projekcie** **lub wsparciem z zakresu doradztwa i opieki psychologiczno-pedagogicznej.**  …………………………. ……………………………………………  *data podpis rodzica/opiekuna prawnego* | | | | | | | | |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/y

…………………………………………………………………………………………………

**Wyrażam zgodę na udział 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 w ramachRegionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020, Działanie 10.2 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, Poddziałanie 10.2.1 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej.

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. Spełniam, określone w Regulaminie 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 warunki i kryteria kwalifikujące do udziału w projekcie, przede wszystkim: **jestem rodzicem/opiekunem prawnym ucznia/uczennicy ze specjalnymi potrzebami objętego/ej indywidualizacją wsparcia w projekcie** **lub wsparciem z zakresu doradztwa i opieki psychologiczno-pedagogicznej.**

3. Dane osobowe 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 z ważnych przyczyn, a także o zmianie danych personalnych i kontaktowych.

4. Wyrażam zgodę na udział 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 102 przyjmuję 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 mojego wizerunku 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 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*

**Wypełnia Komisja Rekrutacyjna**

|  |  |
| --- | --- |
| **V. Decyzja Komisji Rekrutacyjnej na posiedzeniu w dniu: ……………….…….………..**  **Zaznaczyć:**  **X** – zakwalifikowano do udziału w projekcie  **LR –** w przypadku wpisania na listę rezerwową | |
| **Warsztaty dla rodziców** |  |
| **Indywidualne konsultacjach dla rodziców** |  |
| **Wsparcie w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19** |  |

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

*miejscowość, data podpis Dyrektora Szkoły oraz pieczątka Szkoły*

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