***Załącznik nr 1 do Regulaminu***

|  |  |
| --- | --- |
| *Wypełnia placówka* | |
| *Data wpływu:* |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

w ramach projektu pn. **„*Dostępne szkoły w powiecie Puckim i w Gdańsku*”**, realizowanym przez Pozytywne Inicjatywy – Edukacja sp. z o.o., w partnerstwie z Uniwersytetem Gdańskim, Gminą Władysławowo, Powiatem Puckim w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 Działanie 5.8. Edukacja ogólna i zawodowa.

1. **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | | |
| **1.Imię** |  | |
| **2.Nazwisko** |  | |
| **3.PESEL** |  | |
| **4.Obywatelstwo** | ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE  ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec  ☐ Obywatelstwo polskie | |
| **5.Płeć** | ☐ kobieta | ☐ mężczyzna |
| **6.Wykształcenie** | ☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)  ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)  ☐ Wyższe (ISCED 5-8) | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | |
| **7.Kraj** |  | |
| **8.Województwo** |  | |
| **9.Powiat** |  | |
| **10.Gmina** |  | |
| **11.Miejscowość** |  | |
| **12.Ulica** |  | |
| **13.Nr budynku** |  | |
| **14.Nr lokalu** |  | |
| **15.Kod pocztowy** |  | |
| **16.Adres e-mail** |  | |
| **17.Telefon kontaktowy** |  | |
| **18.Status uczestnika/uczestniczki na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | ☐ OSOBA PRACUJĄCA W TYM:  ☐ OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY  RACHUNEK  ☐ OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ  ☐OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ (Z WYŁĄCZENIEM SZKÓŁ I PLACÓWEK  SYSTEMU OŚWIATY)  ☐ OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ  ☐ OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP  ☐ OSOBA PRACUJĄCA W DUZYM PRZEDSIĘBIORSTWIE  ☐ OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJACYM DZIAŁALNOSĆ LECZNICZĄ  ☐ OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)  ☐ OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)  ☐ OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)  ☐ OSOBA PRACUJĄCA – INNE  ☐ OSOBA BIERNA ZAWODOWO, W TYM OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU  ☐ OSOBA BIERNA ZAWODOWO UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE  ☐ OSOBA BIERNA ZAWODOWO - INNE  ☐ OSOBA BEZROBOTNA, W TYM  ☐ OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA  ☐ OSOBA BEZROBOTNA - INNE | |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | |
| 19.Osoba obcego pochodzenia tzn. cudzoziemiec, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów | | |
| **Rodzic/opiekun prawny** | ☐ Tak ☐ Nie | |
| 20.Osoba państwa trzeciego tj. osoba która jest obywatelem krajów spoza UE lub bezpaństwowiec | | |
| **Rodzic/opiekun prawny** | ☐ Tak ☐ Nie | |
| 21.Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej | | |
| **Rodzic/opiekun prawny** | ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji | |
| 22.Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | |
| **Rodzic/opiekun prawny** | ☐ Tak ☐ Nie | |
| 23.Osoba z niepełnosprawnościami[[1]](#footnote-1) [[2]](#footnote-2) | | |
| **Rodzic/opiekun prawny** | ☐ Tak\* ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji  \*prosimy o dołączenie kopii dokumentu | |
| 24.Specyficzne wymagania/potrzeby związane z udziałem uczestnika niepełnosprawnego w projekcie.Proszę o wskazanie specjalnych potrzeb, o ile takie istnieją, które moglibyśmy zapewnić w związku z udziałem w projekcie. | | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DODATKOWE INFORMACJE** | |
| 25.Czy Pani/Pana dziecko posiada opinie/orzeczenie poradni Psychologiczno – Pedagogicznej | |
| **Rodzic/opiekun prawny** | ☐ Tak\* ☐ Nie  \*prosimy o dołączenie kopii dokumentu |
| 26. Czy Pana/Pani dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności | |
| **Rodzic/opiekun prawny** | ☐ Tak\* ☐ Nie  \*prosimy o dołączenie kopii dokumentu |
| 27. Czy Pani/Pana dziecko zostało zakwalifikowane do projektu przez psychologa/pedagoga szkolnego | |
| **Rodzic/opiekun prawny** | ☐ Tak ☐ Nie  Imię i Nazwisko dziecka  ………………………………………………………………………………….. |

1. **DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Deklaruję uczestnictwo we wsparciu realizowanym dla rodziców/opiekunów prawnych w ramach projektu pn. *„Dostępne szkoły w powiecie Puckim i w Gdańsku”,* realizowanym przez Pozytywne Inicjatywy – Edukacja sp. z o.o. w partnerstwie z Uniwersytetem Gdańskim, Gminą Władysławowo, Powiatem Puckim współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego plus (EFS+) Priorytet 5 Fundusze Europejskie dla silnego społecznie Pomorza z EFS+, Działanie 5.8. Edukacja ogólna i zawodowa w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027).

Data *………………….. …………………………………………………….*

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

1. **OŚWIADCZENIA**

**Oświadczam, że:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „*Dostępne szkoły w powiecie Puckim i w Gdańsku*”oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt będzie realizowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych wrażliwych, zawartych w niniejszym Formularzu, do celów rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r.   
   o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119) Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe oraz dane osobowe mojego dziecka będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „*Dostępne szkoły w powiecie Puckim i w Gdańsku*” dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Działanie 5.8. Edukacja ogólna i zawodowa w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości, działań informacyjno–promocyjnych oraz w celu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie formularza i podpisanie niniejszego oświadczenia nie jest równoważne z zakwalifikowaniem do Projektu.
4. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.
5. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, ze informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Data …………………. r. …………………………………………………………

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

1. **ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na umieszczanie zdjęć i materiałów filmowych zawierających mój wizerunek w związku z udziałem w projekcie „*Dostępne szkoły w powiecie Puckim i w Gdańsku”*, realizowanym przez Pozytywne Inicjatywy – Edukacja sp. z o.o., w partnerstwie z Uniwersytetem Gdańskim, Gminą Władysławowo, Powiatem Puckim w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Działanie 5.8. Edukacja ogólna i zawodowa. Wyrażam

zgodę na umieszczanie zdjęć i materiałów filmowych zarejestrowanych podczas realizacji projektu. Wizerunek może być wykorzystywany w mediach i mediach społecznościowych: w Internecie (m.in. strona internetowa, Facebook i Instagram placówek oraz Fundacji Pozytywne Inicjatywy oraz w prasie, telewizji, gazetkach).

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mój wizerunek będzie wykorzystywany w celu promocji i na potrzeby realizacji projektu unijnego pt. *„Dostępne szkoły w powiecie Puckim i w Gdańsku”.*

Ponadto, przysługuje mi prawo do cofnięcia wyrażonej zgody. Powyższe nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie wyrażonej przez mnie zgody przed jej cofnięciem.

Data *………………….. …………………………………………………*  czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

1. Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011 nr 127 poz. 721), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2011 nr 231, poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy złożyć kserokopię opinii/ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-2)