

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji do Projektu
pn.: „Wyrównaj swoje szanse!”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIĄ/UCZENNICY DO PROJEKTU

“Wyrównaj swoje szanse!”

realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 10 Oś Priorytetowa Wiedza i kompetencje, Działanie 10.1 Rozwój kształcenia ogólnego, Poddziałanie 10.1.3 Edukacja w szkołach prowadzących kształcenie ogólne

Data wpływu formularza	
Podpis osoby przyjmującej	

WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY UCZNIĄ/UCZENNICY

I. Informacje o Projekcie

Tytuł Projektu	Wyrównaj swoje szanse!
Numer Projektu	RPMP.10.01.03-12-0431/16
Nazwa Beneficjenta	Gmina Kalwaria Zebrzydowska
Okres realizacji Projektu	01.09.2017 – 31.08.2019

II. Dane instytucji otrzymującej wsparcie

Uczeń/uczennica szkoły:

- Zespół Szkół nr 1 w Kalwarii Zebrzydowskiej
- Szkoła Podstawowa w Brodach
- Zespół Szkół nr 3 w Przytkowicach
- Szkoła Podstawowa w Barwałdzie Górnym
- Zespół Szkół nr 6 w Leńczach
- Zespół Szkół nr 7 w Barwałdzie Średnim
- Szkoła Podstawowa Nr 1 w Stanisławiu Dolnym
- Zespół Szkolno – Przedszkolny w Zarzyczach Wielkich

III. Dane uczestnika wnoszącego o wsparcie

Rodzaj uczestnika	indywidualny		
Imię:	Nazwisko:	Klasa:	Płeć*: M K
Data i miejsce urodzenia: _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _			
PESEL _ _ _ _ _ _ _ _		Wiek w chwili przystąpienia do Projektu:	
Adres zamieszkania: ul. _____ nr budynku _____ nr lokalu _____ miejscowość _____ kod pocztowy _ _ - _ _ _ _ poczta _____ powiat _____ gmina _____ województwo _____ kraj _____ obszar miejski/wiejski*			

* Właściwie zakreślić

Status uczestnika Projektu w chwili przystąpienia do Projektu:

- osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej**
 - tak nie odmowa podania informacji
- migrant, osoba obcego pochodzenia**
 - tak nie odmowa podania informacji
- osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**
 - tak nie odmowa podania informacji
- osoba z niepełnosprawnościami**
 - tak nie odmowa podania informacji
- osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących**
 - tak nie

W tym:

w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (wypełnić w przypadku zaznaczenia opcji TAK powyżej)

- tak nie
- osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu**
 - tak nie
- osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**
 - tak nie odmowa podania informacji

IV. Dane rodzica/opiekuna prawnego uczestnika wnioskującego o wsparcie

Imię		Nazwisko	
Adres			
Numer telefonu		Email	

V. Forma wsparcia (proszę wpisać TAK)

Lp.	Jestem zainteresowany/a następującą/yymi formą/ami wsparcia:		
1.	Zajęcia wyrównawcze klasa I-VI szkoły podstawowej	Matematyka	
		Przyroda	
		Informatyka	
2.	Zajęcia wyrównawcze klasa VII (I gimnazjum) –VIII szkoły podstawowej	Matematyka	
		Chemia	
		Fizyka	

		Geografia	
		Informatyka	
		Biologia	
3.	Zajęcia wyrównawcze klasa II-III gimnazjum	Matematyka	
		Chemia	
		Fizyka	
		Geografia	
		Informatyka	
		Biologia	
4.	Zajęcia rozwijające klasa I-VI szkoły podstawowej	Przyroda	
5.	Zajęcia rozwijające klasa VII (I gimnazjum) –VIII szkoły podstawowej	Chemia	
		Fizyka	
6.	Zajęcia rozwijające klasa II-III gimnazjum	Chemia	
		Fizyka	
7.	Zajęcia z programowania dla klas szkoły podstawowej		

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

W związku z moim przystąpieniem do Projektu pn. „Wyrównaj swoje szanse!” nr RPMP.10.01.03-12-0431/16 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem danych osobowych mojej córki/syna przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;

2. administratorem danych osobowych mojej córki/syna przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 2/4, 00-926 Warszawa;

3. podstawę prawną przetwarzania danych osobowych mojej córki/syna stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie, a także:

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;

2) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w

sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
3) ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 217);

4) rozporządzenie Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;

Dane osobowe mojej córki/syna będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „**Wyrównaj swoje szanse!**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);

5. Dane osobowe mojej córki/syna zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości** z siedzibą w Krakowie, ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków, Beneficjentowi realizującemu Projekt – **Gmina Kalwaria Zebrzydowska** ul. Mickiewicza 7 34-130 Kalwaria Zebrzydowska, Ośrodek Administracyjny Szkół Samorządowych w Kalwarii Zebrzydowskiej, ul. Mickiewicza 42, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu Zespół Szkół nr 1 w Kalwarii Zebrzydowskiej, Szkoła Podstawowa w Brodach, Zespół Szkół nr 3 w Przytkowicach, Szkoła Podstawowa w Barwałdzie Górnym, Zespół Szkół nr 6 w Leńczach, Zespół Szkół nr 7 w Barwałdzie Średnim, Szkoła Podstawowa Nr 1 w Stanisławiu Dolnym, Zespół Szkolno – Przedszkolny w Zarzycach Wielkich. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM;

6. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;

7. mam prawo dostępu do treści danych mojej córki/syna i ich poprawiania.

Data

Podpis

ZAŁĄCZNIKI

Komplet wymaganych Regulaminem rekrutacji u uczestnictwa załączników	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kopia opinii/orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub indywidualnego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kopia zaświadczenia z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu z pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Wypełnia dyrektor szkoły lub wychowawca klasy

Oświadczam, że

.....
/imię i nazwisko Kandydata do Projektu/

W roku szkolnym 2017/2018 jest uczniem/uczennicą
/nazwa szkoły/

.....
/miejsowość i data/

.....
/podpis dyrektora szkoły lub wychowawcy klasy/