

Załącznik nr 4 wzór Zakresu danych osobowych powierzonych do przetwarzania.

FORMULARZ DLA UCZESTNIKA PRZEDSIĘWZIĘCIA

„.....”

realizowanego w ramach projektu „Asystent ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi - pilotaż”

Imię i nazwisko uczestnika:

PROSIMY o wypełnienie formularza zgłoszeniowego wyłącznie DRUKOWANYMI LITERAMI.

Dane wspólne:

| | |
|---|---|
| 1 | Nazwa przedsięwzięcia: |
| 2 | Numer umowy o powierzenie grantu: |
| 3 | II. Osi Priorytetowej: Efektywne polityki publiczne na rynku pracy, gospodarki i edukacji |
| 4 | Działania 2.10 „Wysoka jakość systemu oświaty” |

Dane uczestnika, który otrzymuje wsparcie EFS

| | | | |
|-----------------|---|---|--|
| Dane uczestnika | 1 | Imię (imiona) | |
| | 2 | Nazwisko | |
| | 3 | PESEL | |
| | 4 | Wykształcenie /zaznaczyć jedną z opcji/ | <input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej: wykształcenie średnie lub zasadnicze) <input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> Wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym) |

| | | | |
|---|----|---|--|
| Dane kontaktowe | 5 | Ulica | |
| | 6 | Nr domu | |
| | 7 | Nr lokalu | |
| | 8 | Miejscowość | |
| | 9 | Kod pocztowy | |
| | 10 | Województwo | |
| | 11 | Powiat | |
| | 12 | Gmina | |
| | 13 | Telefon stacjonarny | |
| | 14 | Telefon komórkowy | |
| | 15 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | 16 | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca | |
| Wykonywany zawód | 17 | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> instruktor praktyki nauki zawodu <input type="checkbox"/> inny | |
| Zatrudniony w: | 18 | | |
| Rodzaj wsparcia | 19 | <input type="checkbox"/> Doradztwo <input type="checkbox"/> Szkolenia | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba | 20 | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji | |

| | | |
|---|----|--|
| obcego pochodzenia | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | 21 | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| Osoba z niepełnościami | 22 | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | 23 | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |

Oświadczenia Uczestnika projektu:

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że biorę udział w przedsięwzięciu pt. „.....”, realizowanym przez [nazwa i adres podmiotu realizującego przedsięwzięcie], realizowanym w ramach projektu „Asystent ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi - pilotaż” Osi Priorytetowej II Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój „Efektywne polityki publiczne na rynku pracy, gospodarki i edukacji” w ramach Programu Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014- 2020 Działanie 2.10 Wysoka jakość systemu oświaty przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanym przez partnerstwo Fundację Edukacyjną ODiTK z siedzibą w Gdańsku, Fundację Fundusz Współpracy z siedzibą w Warszawie, Stowarzyszenie „Sztuka Włączania” z siedzibą w Łajskach i Uniwersytet Warmińsko-Mazurski z siedzibą w Olsztynie.

.....
Podpis uczestnika projektu - odbiorcy wsparcia

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
2. Jestem pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że ww. projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie