



DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE
„Zawodowe horyzonty 3” nr : WND-POKL.09.02.00-04-009/11

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE PONIŻSZEGO FORMULARZA

Niniejszym deklaruję swój udział w projekcie „Zawodowe horyzonty 3” realizowanym przez Miasto Bydgoszcz w porozumieniu z Zespołem Szkół Handlowych, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki:

1. zajęcia dodatkowe -
2. zajęcia wyrównawcze -
3. inne -

Dane podstawowe		
1	Imię (imiona)	
2	Nazwisko	
3	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
4	Data i miejsce urodzenia	
6	Wiek	
7	PESEL	
8	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne
9	Jestem uczennicą/uczniem	<input type="checkbox"/> ZSZ <input type="checkbox"/> Technikum Uzupełniającego <input type="checkbox"/> Technikum
Adres zameldowania		
1	Ulica	
2	Nr domu	
3	Nr lokalu	
4	Nazwa miejscowości	
5	Kod pocztowy	
6	Miejscowość	<input type="checkbox"/> obszar miejski (gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców) <input type="checkbox"/> obszar wiejski (gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)
7	Powiat	
8	Województwo	
Dane kontaktowe		
1	Telefon stacjonarny	
2	Telefon komórkowy	
3	Adres e-mail	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- wszystkie informacje podane w formularzu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym i zostałem poinformowana/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
- zobowiązuję się do regularnego uczestnictwa w zajęciach i usprawiedliwiania nieobecności,
- zobowiązuję się do wzięcia udziału w badaniach ankietowych dotyczących przedmiotowego projektu.

Miejscowość i data:

Podpis uczennicy/ ucznia:

Podpis rodzica:.....



**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE
DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do Projektu „Zawodowe horyzonty 3” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Zawodowe horyzonty 3”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Zawodowe horyzonty 3”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Miejscowość i data:

Podpis uczennicy/ ucznia:

Podpis rodzica:

Potwierdzenie szkoły

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani

jest uczniem klasy:, kierunek/zawód

.....

pieczęć szkoły

.....

podpis i pieczęć osoby uprawnionej