

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE NAUCZYCIEL

Niniejszym zgłaszam chęć udziału w projekcie „Akademia kluczowych kompetencji” współfinansowanego z środków Europejskiego Funduszu Społecznego Oś Priorytetowa 12 *Edukacja, kwalifikacje i kompetencje*, Działanie 12.2. *Kształcenie ogólne*, którego Beneficjentem jest Gmina Wólka

UWAGA! Aby zgłoszenie było ważne wszystkie rubryki muszą zostać wypełnione.

1. Imię i nazwisko nauczyciela

2. Data i miejsce urodzenia

3. Szkoła, w której pracuje nauczyciel¹:

- Szkoła Podstawowa w Świdniku Małym
- Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Łuszczowie
- Oddział Gimnazjalny w Pliszczynie przy Szkole Podstawowej im. Róży Kołaczkowskiej w Pliszczynie

Dane kontaktowe:

5. Adres zamieszkania (ulica, nr domu, kod, poczta, miejscowość):

.....

6. Telefon kontaktowy e-mail:

Deklaruję udział w następujących Studiach podyplomowych/zajęciach projektowych:

- Studia Podyplomowe z zakresu terapii i diagnozy pedagogicznej oraz indywidualizacji nauczania
- Studia podyplomowe Administrowanie sieciami komputerowymi
- Szkolenia z zakresu jak pracować z uczniem z orzeczoną niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i umiarkowanym z wykorzystaniem elementów Metody M. Montessori
- Nowe technologie ICT w edukacji szkolnej
- Kurs e-learningowy „Rozwijanie kompetencji nauczycieli i uczniów z zakresu stosowania TIK, wykorzystanie e-podręcznika i e-zasobów w nauczaniu i w uczeniu się”

.....

miejscowość i data

.....

czytelny podpis uczestnika projektu

¹ Proszę o zaznaczenie szkoły, w której zatrudniona jest osoba zgłaszająca chęć udziału w projekcie



**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZBIORACH:**

ZBIÓR NR 1: Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,

ZBIÓR NR 2: Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Akademia kluczowych kompetencji” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
 - a) Województwo Lubelskie z siedzibą w Lublinie przy ul. Artura Grottgera 4 dla zbioru nr 1.
 - b) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w Warszawie, Pl. Trzech Krzyży 3/5 dla zbioru nr 2.
- 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 oraz art. 27 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,
 - b. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,
 - c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 217 z późn. zm.),
 - d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r.
 - e. Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 (MIiR/H 2014-2020/13(01)/04/2015),
 - f. Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020 (MIiR/H 2014-2020/6(01)/03/2015),
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
 - a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
 - b. zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości otrzymania wsparcia w ramach projektu,
- 5) w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji,
- 6) w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy,
- 7) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY
UCZESTNICZKI\UCZESTNIKA PROJEKTU

„Akademia kluczowych kompetencji”

którego beneficjentem jest Gmina Wólka

Rodzaj uczestnika projektu:		uczeń/uczennica	nauczyciel
Szkoła Podstawowa w Świdniku Małym		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Łuszczowie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oddział Gimnazjalny w Pliszczynie przy Szkole Podstawowej im. Róży Kołaczkowskiej w Pliszczynie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DANE OSOBOWE UCZESTNIKA			
1	Imię (imiona)		
2	Nazwisko		
3	Płeć	Kobieta	<input type="checkbox"/>
		Mężczyzna	<input type="checkbox"/>
4	PESEL		
5	Data urodzenia		
6	Miejsce urodzenia		
7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	lat	
8	Wykształcenie	Brak	<input type="checkbox"/>
		Podstawowe	<input type="checkbox"/>
		Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/>
		Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>
		Ponadpodstawowe	<input type="checkbox"/>
		Pomaturalne	<input type="checkbox"/>
		Wyższe	<input type="checkbox"/>
WYJAŚNIENIE: uczestnicy projektu – uczniowie/uczennice szkoły podstawowej zaznaczają niższe niż podstawowe			
DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA – adres zamieszkania			
9	Kraj	Polska	
10	Województwo	Lubelskie	
11	Powiat		
12	Gmina		
13	Miejscowość		
14	Ulica		
15	Numer domu/numer lokalu		
16	Kod pocztowy - miejscowość		
17	Obszar	<input type="checkbox"/> MIEJSKI	<input type="checkbox"/> WIEJSKI
18	Telefon kontaktowy do uczestnika		
19	Telefon kontaktowy do rodzica (po)		
20	Adres e-mail		
POZOSTAŁE DANE UCZESTNIKA			
21	Osoba z niepełnosprawnościami	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
		Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>
22	Czy uczestnik posiada opinię z Poradni P-P	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
23		TAK	<input type="checkbox"/>

„Akademia kluczowych kompetencji”



	Czy uczestnik posiada orzeczenie o niepełnosprawności z Poradni P-P	NIE	<input type="checkbox"/>
24	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
		Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>
25	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
26	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
		TAK	<input type="checkbox"/>
27	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z 1 osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu.	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
28	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społeczno-maturalnej (innej niż wymienione powyżej)	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
		Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>
29	Dochód netto na jednego członka rodziny		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu			
30	Bezrobotny	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
	w tym długotrwale bezrobotny	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
31	Osoba bierna zawodowo	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
	w tym osoba ucząca się	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
		WYJAŚNIENIE: uczniowie/uczennice szkoły podstawowej i oddziału gimnazjalnego zaznaczają status na rynku pracy Osoba bierna zawodowo w tym osoba ucząca się	
32	Osoba pracującą	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
33	Zatrudniona/ny w	osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/>
		osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/>
		osoba pracująca w MMSP	<input type="checkbox"/>
		osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/>
		osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/>
		osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>
		inne	<input type="checkbox"/>
		wykonywany zawód:	
34	Zatrudniona/ny w	Szkoła Podstawowa w Świdniku Małym	<input type="checkbox"/>
		Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Łuszczowie	<input type="checkbox"/>
		Oddział Gimnazjalny w Pliszczynie przy Szkole Podstawowej im. Róży Kołaczkowskiej w Pliszczynie	<input type="checkbox"/>



		WYJAŚNIENIE: Nauczyciele zgłaszający chęć udziału w projekcie zaznaczają status na rynku pracy Zatrudniona/ny, „inne”, wykonywany zawód; nauczyciel	
35	Rodzaj przyznanego wsparcia	zajęcia dodatkowe dla uczniów	<input type="checkbox"/>
		szkolenie/ kurs	<input type="checkbox"/>
36	Data rozpoczęcia udziału w projekcie		
37	Data zakończenia udziału w projekcie		
38	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>

UWAGA:

1. Podanie danych osobowych i kontaktowych jest niezbędne aby stać się uczestnikiem projektu.
2. Warunkiem koniecznym uczestnictwa w projekcie jest podanie danych – status na rynku pracy, wiek, wykształcenie, płeć, sytuacja gospodarstwa domowego. Odmowa podania w/w danych skutkuje niezakwalifikowaniem uczestnika do projektu.
3. Istnieje możliwość odmowy podania danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami, migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości, osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej). Odmowa podania informacji nie oznacza niekwalifikalności uczestnika do projektu.
4. Istnieje obowiązek przekazywania danych po zakończeniu projektu np. status na rynku pracy, udział w szkoleniu/kształceniu) – do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie oraz możliwość przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.

OŚWIADCZENIE

Upředzona(-y) o odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w deklaracji uczestnictwa i kwestionariuszu osobowym są zgodne z prawdą.

miejsowość i data

czytelny podpis uczestnika projektu

Oświadczenie
o spełnianiu warunków uczestnictwa w Projekcie „Akademia kluczowych kompetencji”
współfinansowanego z środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu
Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 12 – Edukacja, kwalifikacje
i kompetencje, Działanie 12.2. – Kształcenie ogólne,
którego Beneficjentem jest Gmina Wólka
Numer projektu: RPLU.12.02.00-06-0059/17

Ja, niżej podpisana/ny:

Zamieszkała/ty:

Świadoma/my odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż akceptuję warunki uczestnictwa w projekcie zawarte w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Akademia kluczowych kompetencji” i deklaruję udział w Projekcie pt. „Akademia kluczowych kompetencji” współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanym w latach 2018-2020, którego Beneficjentem jest Gmina Wólka.

Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Akademia kluczowych kompetencji” oraz przyjmuję do wiadomości i oświadczam, że zobowiązuję się do przestrzegania zawartych w nim postanowień.

Równocześnie oświadczam, że spełniam warunki uczestnictwa w w/w Projekcie, ponieważ jestem nauczycielem zatrudnionym w jednej z niżej podanych szkół objętych projektem, których organem prowadzącym jest Gmina Wólka.

- Szkoła Podstawowa w Świdniku Małym
- Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Łuszczowie
- Oddział Gimnazjalny w Pliszczynie przy Szkole Podstawowej im. Róży Kołaczkowskiej w Pliszczynie

Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i oświadczam, że:

- mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane Gminie Wólka jako Beneficjentowi Projektu stają się własnością Beneficjenta i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
- wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie „Akademia kluczowych kompetencji”
- zostałam/łem poinformowana/ny o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
- zostałam/łem poinformowana/ny, że złożenie niniejszego Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie
- zostałam/em poinformowana/ny o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.
- uprzedzona/ny o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Uprzedzona/ny o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.*

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu

*Poucza się, że osoba składająca formularz zgłoszeniowy winna podać wszystkie dane wskazane w formularzu zgodnie ze stanem faktycznym istniejącym w momencie składania. Podanie danych niezgodnych z prawdą będzie rodzic po stronie podającego nieprawdziwe dane odpowiedzialność cywilną względem poszkodowanego.



OŚWIADCZENIE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU

„Akademia kluczowych kompetencji”

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 12 – *Edukacja, kwalifikacje i kompetencje*, Działanie 12.2. – *Kształcenie ogólne*, którego Beneficjentem jest Gmina Wólka na podstawie umowy z Województwem Lubelskim reprezentowanym przez Zarząd Województwa Lubelskiego, pełniącym funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020. Oświadczam, że

.....
(imię i nazwisko)

PESEL _____

zamieszkały/a w (kod pocztowy, miejscowość, ulica): _____

jest zatrudniona w:

- Szkoła Podstawowa w Świdniku Małym
- Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Łuszczowie
- Oddział Gimnazjalny w Pliszczynie przy Szkole Podstawowej im. Róży Kołaczkowskiej w Pliszczynie

Na stanowisku nauczyciela

(nazwa przedmiotu)

miejscowość i data

czytelny podpis uczestnika projektu

POTWIERDZENIE:

(Pieczęć Szkoły)

(Pieczęć i podpis Dyrektora Szkoły)



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

W związku z przystąpieniem do projektu „Akademia kluczowych kompetencji” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 12 – *Edukacja, kwalifikacje i kompetencje*, Działanie 12.2. – *Kształcenie ogólne*, którego Beneficjentem jest Gmina Wólka realizowanego na podstawie umowy z Województwem Lubelskim reprezentowanym przez Zarząd Województwa Lubelskiego, pełniącym funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, w okresie od 1 października 2017r. do 31 grudnia 2019r.

- wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Gminę Wólka oraz szkoły objęte projektem, dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją projektu.

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie wykonane podczas zajęć mogą zostać umieszczone na stronie internetowej gminy, szkoły, w prasie oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych projektu.

Podpisanie oświadczenia jest dobrowolne.

- zrzekam się niniejszym roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku/wizerunku mojego dziecka na potrzeby określone w oświadczeniu.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu

Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(a), że projekt pt. „Akademia kluczowych kompetencji” w którym będzie brał(a) udział jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 12 – *Edukacja, kwalifikacje i kompetencje*, Działanie 12.2. – *Kształcenie ogólne*, którego Beneficjentem jest Gmina Wólka realizowanym na podstawie umowy z Województwem Lubelskim reprezentowanym przez Zarząd Województwa Lubelskiego, pełniącym funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu