



Załącznik nr 2

WSTĘPNA DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
nauczyciela/nauczycielki
w Projekcie „Kompleksowy system doskonalenia nauczycieli i wspomaganie szkół
w powiecie konińskim”
Nr: UDA-POKL.03.05.00-00-069/13-00

DANE NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELKI						
Imię i nazwisko:						
NIP:			PESEL:			
ADRES ZAMIESZKANIA:						
Województwo:		Kod pocztowy:		Miejscowość:		Powiat:
Obszar miejski*				Obszar wiejski*		
Ulica, numer domu/lokalu:						
Telefon:			E-mail:			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej*				TAK	NIE	
Migrant*				TAK	NIE	
Osoba niepełnosprawna*				TAK	NIE	
Wykształcenie:*	podstawowe	zawodowe	średnie	pomaturalne	wyższe zawodowe	wyższe magisterskie
Typ szkoły*	Przedszkole	Szkoła podstawowa	Gimnazjum	Liceum	Technikum	Szkoła zawodowa
	inna	Nazwa szkoły/przedszkola:				
Charakter szkoły/przedszkola*		Publiczna/e			Niepubliczna/e	
Województwo:		Kod pocztowy:		Miejscowość:		
Ulica, numer domu / lokal:						
Telefon:			E-mail:			
Stopień awansu zawodowego:*			Nauczyciel stażysta			
			Nauczyciel kontraktowy			
			Nauczyciel mianowany			
			Nauczyciel dyplomowany			
			Profesor oświaty			
			Inny			
Nauczany przedmiot kierunkowy:						

**proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi*



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji Projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 ze zm.)

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika)



Załącznik nr 4

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA
W PROCESOWYM WSPOMAGANIU SZKÓŁ
w Projekcie „Kompleksowy system doskonalenia nauczycieli i wspomaganie szkół
w powiecie konińskim”
Nr: UDA-POKL.03.05.00-00-069/13-00**

Realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki
Priorytet III Wysoka jakość systemu oświaty, Działanie 3.5. Kompleksowe wspomaganie szkół

.....
(imię i nazwisko uczestnika Projektu)

.....
(adres zamieszkania)

Ja, niżej podpisana/y deklaruję udział w Projekcie pt. „Kompleksowy system doskonalenia nauczycieli i wspomaganie szkół w powiecie konińskim” realizowanym przez Powiat Koniński /Powiatową Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Ślesinie w partnerstwie z Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie w ramach Priorytetu III Wysoka jakość systemu oświaty, Działanie 3.5. Kompleksowe wspomaganie rozwoju szkół Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Jednocześnie oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające do udziału w Projekcie, a dane przedstawione przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszej deklaracji.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji - Uczestnictwa w Projekcie „Kompleksowy system doskonalenia nauczycieli i wspomaganie szkół w powiecie konińskim” oraz deklaruję przestrzeganie zapisów w nim zawartych.

Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet III Wysoka jakość systemu oświaty, Działanie 3.5 Kompleksowe wspomaganie rozwoju szkół.

Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Działanie 3.5 Kompleksowe wspomaganie rozwoju szkół.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika)



Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu „Kompleksowy system doskonalenia nauczycieli i wspomaganie szkół w powiecie konińskim” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w deklaracji.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał z siedzibą w Warszawie przy ul. mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
- 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Kompleksowy system doskonalenia nauczycieli i wspomaganie szkół w powiecie konińskim”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwo Edukacji Narodowej, Al. Szucha 25, 00-918 Warszawa oraz Beneficjentowi realizującemu Projekt – powiat koniński/Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Ślesinie wraz z partnerem Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie;
- 5) dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 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 swoich danych i ich poprawiania.

Ponadto oświadczam, że w związku z przystąpieniem do Projektu „Kompleksowy system doskonalenia nauczycieli i wspomaganie szkół w powiecie konińskim”, wyrażam zgodę na upublicznienie mojego wizerunku w postaci zdjęć oraz nagrań wideo na potrzeby dokumentacji i promocji Projektu.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika)



Zakres danych osobowych uczestników biorących udział w projektach realizowanych w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

Uprzejmie prosimy Państwa o wypełnienie formularza DRUKOWANYMI LITERAMI poprzez wstawienie znaku X w odpowiednie miejsce lub wypełnienie pustych pól.

Do uzupełnienia są jedynie BIAŁE POLA. POLA SZARE wypełnia pracownik Biura Projektu.

1. Tytuł Projektu „Kompleksowy system doskonalenia nauczycieli i wspomaganie szkół w Powiecie Konińskim”.
2. Nr Projektu: UDA -POKL.03.05.00-00-069/13-00.
3. Priorytet, w ramach którego jest realizowany projekt III Wysoka jakość systemu oświaty.
4. Działanie w ramach którego jest realizowany Projekt 3.5. Kompleksowe wspomaganie rozwoju szkół.

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU (PRACOWNIKA INSTYTUCJI), KTÓRY OTRZYMA WSPARCIE W RAMACH EFS:

1. Imię (imiona):
2. Nazwisko:
3. Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
4. Wiek w chwili przystępowania do projektu:
5. PESEL:
6. Wykształcenie:
7. Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dane kontaktowe:
8. Ulica:
9. Numer domu:
10. Numer lokalu:
11. Miejscowość:
12. Obszar: <input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski
13. Kod pocztowy:
14. Województwo:
15. Powiat:
16. Telefon stacjonarny:
17. Telefon komórkowy:
18. Adres poczty elektronicznej (e-mail):
Dane dodatkowe:
19. Zatrudniona/y na stanowisku:
20. Rodzaj przyznanego wsparcia:
21. Data rozpoczęcia udziału w Projekcie:
22. Data zakończenia udziału w Projekcie:
23. Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:

Potwierdzam prawdziwość danych zgodnie z zakresem danych zbieranych do Podsystemu Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego (PEFS)

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika)