



**ZAŁĄCZNIK 1**

Data wpływu formularza: .....

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Kwalifikacje zawodowe TWOJĄ SZANSĄ” (II edycja)			
Imię (imiona)		Nazwisko	
PESEL		Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Podstawowe, gimnazjalne i niższe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Wyższe
Kierunek kształcenia i klasa w Zespole Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Dobrocinie	<input type="checkbox"/> kierunek ..... <input type="checkbox"/> klasa .....	Oświadczam, że: moja rodzina jest objęta opieką pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Nieaktywny zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się lub kształcąca <input type="checkbox"/> Bezrobotny <input type="checkbox"/> Zatrudniony
Ulica/Nr domu/Nr lokalu		Miejscowość/kod pocztowy	
Województwo		Powiat	
Gmina		Obszar	<input type="checkbox"/> Wiejski <input type="checkbox"/> Miejski
Telefon kontaktowy		Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
<b>Deklaruje, że:</b> Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Kwalifikacje zawodowe TWOJĄ SZANSĄ”, Zapoznałem/am się z regulaminem uczestnictwa w projekcie „Kwalifikacje zawodowe TWOJĄ SZANSĄ” i zobowiązuje się do udziału w projekcie na warunkach określonych w tym regulaminie,			

.....  
Podpis Pełnoletniego Uczestnika lub Rodzica/Prawnego Opiekuna

.....  
Miejscowość i data

OPINIA DORADCY ZAWODOWEGO ZGODNA Z DIAGNOZĄ POTRZEB UCZNIÓW DOTYCZĄCA UCZESTNICTWA W DANEJ FORMIE WSPARCIA			
KURS BARISTY z zawodowym językiem angielskim	POZYTYWNA – 5 pkt. <input type="checkbox"/>	NEUTRALNA – 2pkt. <input type="checkbox"/>	NEGATYWNA – 0 pkt. <input type="checkbox"/>
KURS BARMAN/KELNER z zawodowym językiem angielskim	POZYTYWNA – 5 pkt. <input type="checkbox"/>	NEUTRALNA – 2pkt. <input type="checkbox"/>	NEGATYWNA – 0 pkt. <input type="checkbox"/>
KURS KOPARKO-ŁADOW KL III	POZYTYWNA – 5 pkt. <input type="checkbox"/>	NEUTRALNA – 2pkt. <input type="checkbox"/>	NEGATYWNA – 0 pkt. <input type="checkbox"/>

.....  
Podpis Doradcy Zawodowego

.....  
Miejscowość i data

**ZAŁĄCZNIK 2**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**  
**pt. „Kwalifikacje zawodowe TWOJĄ SZANSĄ”**

Ja, niżej podpisany/a ..... (Imię i Nazwisko)  
deklaruję: swoje uczestnictwo lub uczestnictwo mojego syna/córki/podopiecznego\*  
w Projekcie „Kwalifikacje zawodowe TWOJĄ SZANSĄ”, nr projektu: POKL.09.02.00-28-  
033/13 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej - Europejskiego Funduszu  
Społecznego, Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013, Priorytet IX. Rozwój  
wykształcenia i kompetencji w regionach, Działanie 9.2 Podniesienie atrakcyjności i jakości  
szkolnictwa zawodowego.

Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii  
Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Oświadczam, że spełniam lub moja córka, syn, podopieczny/a\* spełnia kryteria  
kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.

**Pouczenie: Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy,  
wynikającej z art. 233 §1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny (Dz.U. 1997  
Nr 88, poz 553 z późn. Zm).**

.....  
Podpis Pełnoletniego Uczestnika lub Rodzica/Prawnego Opiekuna

.....  
Miejscowość i data

\*należy wybrać właściwe

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**  
**O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**  
**I DO UDOSTĘPNIANIA WIZERUNKU**

W związku z przystąpieniem do Projektu „**Kwalifikacje zawodowe TWOJĄ SZANSĄ**” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Oświadczam, iż przyjmuje do wiadomości, że:

1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Minister Infrastruktury i Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, z siedzibą w Warszawie przy ulicy Wspólna 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 na podstawie art. 26 ust. 1 pkt 6, 10-12, 14 i 15 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712, z późn. zm.), art. 47 ust. 3, art. 48 ust. 1, art. 60 lit. c, art. 66 ust. 2, art. 67 i art. 70 ust. 1 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności i uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1260/1999 (Dz. Urz. UE L 210, z 31.07.2006, str. 25, z późn. zm.) oraz art. 40 ust. 2 lit. g rozporządzenia Komisji (WE) nr 1828/2006 z dnia 8 grudnia 2006 r. ustanawiającego szczegółowe zasady wykonania rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności oraz rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (Dz. Urz. UE L 371, z 27.12.2006, str. 1, z późn. zm.);
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu pt. „**Kwalifikacje zawodowe TWOJĄ SZANSĄ**”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej - Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Departament Europejskiego Funduszu Społecznego ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn tel. 089 521 97 21 oraz Beneficjentowi realizującemu projekt - Stowarzyszenie Wspierające Rozwój Małego Dziecka i Rodzinę POMOST ul. Mickiewicza 4/8, 14-300 Morąg oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej /Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL lub Instytucji Wdrażającej /Instytucji Pośredniczącej kontrolne w ramach POKL;
5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
Podpis Pełnoletniego Uczestnika lub Rodzica/Prawnego Opiekuna

.....  
Miejscowość i data



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Wyrażam zgodę na nieodpłatne i nieodwołalne wielokrotne rozpowszechnianie mojego wizerunku poprzez zdjęcia wykonane w ramach działań promocyjnych i archiwizacyjnych do projektu pt. **„Kwalifikacje zawodowe TWOJĄ SZANSĄ”**, na stronie internetowej realizatora oraz za pośrednictwem wszelkich pozostałych mediów/kanałów dystrybucji informacji o projekcie. Jednocześnie oświadczam, że zdjęcia te nie naruszają moich dóbr osobistych.

Zdjęcia te zostaną wykorzystane wyłącznie do promocji i komunikacji projektu pt. **„Kwalifikacje zawodowe TWOJĄ SZANSĄ”** realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013.

.....  
Podpis Pełnoletniego Uczestnika lub Rodzica/Prawnego Opiekuna

.....  
Miejscowość i data

**ZAŁĄCZNIK 4**

**ZOBOWIĄZANIE UCZESTNIKA projektu pt.**  
**„Kwalifikacje zawodowe TWOJA SZANSA”**

W związku z przystąpieniem do Projektu pt. „**Kwalifikacje zawodowe TWOJA SZANSA**” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 – 2013 zobowiązuję się, iż będę uczestniczył w zajęciach przewidzianych w jego programie. W przypadku niedopełnienia obowiązku, świadomy/a jestem, iż Stowarzyszenie Wspierające Rozwój Małego Dziecka i Rodzinę POMOST może w tym przypadku żądać ode mnie zwrotu otrzymanych materiałów i zwrotu kosztów uczestnictwa w Projekcie w wysokości 6 931,70 (słownie: sześć tysięcy dziewięćset trzydzieści jeden 70/100).

.....  
Podpis Pełnoletniego Uczestnika lub Rodzica/Prawnego Opiekuna

.....  
Miejscowość i data