** **

Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Projekt nr** POKL.09.05.00-12-023/13

**Tytuł projektu:** Zajęcia po lekcjach naszą szansą na rozwój.

EUROPEJSKI FUNDUSZ SPOŁECZNY, PROGRAM OPERACYJNY KAPITAŁ LUDZKI, Priorytet: IX. **ROZWÓJ WYKSZTAŁCENIA I KOMPETENCJI W REGIONACH**, Działanie: 9.5 Oddolne inicjatywy edukacyjne na obszarach wiejskich.

**KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY DO ZAJĘĆ ARTYSTYCZNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. Dane uczestnika:** | | |
| Imię (imiona) i nazwisko: |  | |
| PESEL |  | |
| Wykształcenie (brak, podstawowe, gimnazjalne, ponadgimnazjalne, pomaturalne, wyższe) |  | |
| II. Dane kontaktowe: | | |
| ulica |  | |
| nr domu |  | |
| nr lokalu |  | |
| miejscowość |  | |
| Obszar zamieszkania\* | miejski / wiejski / miejsko-wiejski | |
| kod pocztowy |  | |
| województwo |  | |
| powiat |  | |
| telefon stacjonarny |  | |
| telefon komórkowy |  | |
| adres poczty elektronicznej |  | |
| III. Dane dodatkowe | | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (bezrobotny, nieaktywny zawodowo, zatrudniony) |  | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej\* | TAK | NIE |
| Migrant\* | TAK | NIE |
| Osoba niepełnosprawna\* | TAK | NIE |
| opieka nad dziećmi do lat 7 lub osobą zależną\* | TAK | NIE |

|  |
| --- |
| Data i podpis uczestniczki/ka projektu: |

\*niepotrzebne skreślić

**Deklaracja udziału w Projekcie nr *POKL.09.05.00-12-023/13***

Ja niżej odpisana/y……………………………………………………………………………

Oświadczam, że:

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w Projekcie pt. Zajęcia po lekcjach naszą szansą na rozwój realizowanym przez Beneficjenta Fundacja Dogoterapeutyczna „Husky team” z siedzibą w Korczynie, nr domu 153, 38-340 Biecz w ramach działania 9.5 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki i oświadczam, że spełniam następujące wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w Projekcie:

* Jestem mieszkanką/ńcem z terenów wiejskich powiatu gorlickiego z wyłączeniem miasta Gorlice
* Uczęszczam do Specjalnego Ośrodka Szkolno Wychowawczego w Kobylance
* Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności

II. W związku z przystąpieniem do Projektu Zajęcia po lekcjach naszą szansą na rozwój realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

III. Wyrażam zgodę na publiczne wykorzystanie fotografii i filmów z zajęć, na których jest mój wizerunek i wypowiedzi.

IV. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane w kwestionariuszu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

|  |
| --- |
| Data i podpis uczestniczki/ka projektu: |

***OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU***

W związku z przystąpieniem do projektu pn. Zajęcia po lekcjach naszą szansą na rozwój oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
* 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 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926, ze zm.)-dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.
* Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu Zajęcia po lekcjach naszą szansą na rozwój, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL).
* Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/ Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, Plac Na Stawach 1, 30-107 Kraków

Beneficjentowi realizującemu projekt – Fundacja Dogoterapeutyczna „Husky team”, Korczyna 153, 38-340 Biecz. 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 kontrole w ramach POKL.

* Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
* Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

|  |
| --- |
| Data i podpis uczestniczki/ka projektu: |