**Załącznik nr 2 Formularz zgłoszeniowy nauczyciela**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NAUCZYCIELA DO PROJEKTU**  **„SECRETS OF SCIENCE – TAJEMNICE NAUKI”** | | | | | |
| **Dane personalne ucznia** | | | | | |
|  | **Imię (imiona)** | |  | | |
|  | **Nazwisko** | |  | | |
|  | **PESEL** | |  | | |
|  | **Data urodzenia** | |  | | |
|  | **Płeć** | | kobieta / mężczyzna\* | | |
|  | **Osoba z niepełnosprawnościami.** | | TAK/ NIE / odmowa podania informacji\* | | |
|  | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.** | | TAK/ NIE / odmowa podania informacji\* | | |
|  | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem  z dostępu do mieszkań.** | | TAK/ NIE\* | | |
|  | **Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się  z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu.** | | TAK/ NIE\* | | |
|  | **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących** | | TAK/ NIE\* | | |
| 10.1 | w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | | TAK/ NIE\* | | |
|  | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej).** | | TAK/ NIE / odmowa podania informacji\* | | |
| **Adres zamieszkania nauczyciela** | | | | | |
|  | | **Ulica** |  | | |
|  | | **Nr domu** |  | **Nr lokalu** |  |
|  | | **Miejscowość** |  | | |
|  | | **Obszar** | miejski / wiejski\* | | |
|  | | **Kod pocztowy** |  | | |
|  | | **Województwo** |  | | |
|  | | **Powiat** |  | | |
|  | | **Telefon stacjonarny** |  | | |
|  | | **Telefon komórkowy** |  | | |
|  | | **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** |  | | |
|  | | **Oświadczam, że:**   1. Jestem nauczycielem/-ką zatrudnionym/-ą w Katolickim Zespole Edukacyjnym w Ostrowcu Świętokrzyskim - Katolickiej Publicznej Szkoły Podstawowej im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim,  ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski. 2. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą. 3. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. | | | |
|  | | **Deklaruję uczestnictwo w następujących formach wsparcia:**  **Zajęcia obowiązkowe::**  **Zadanie 4.**  Kursy i szkolenia doskonalące dla nauczycieli:   szkolenia/zajęcia dla nauczycieli z wykorzystania w nauczaniu e-podręczników bądź e-zasobów/e-materiałów dydaktycznych (5-h szkolenie) – 2017 r.;   szkolenia/zajęcia dla nauczycieli z pracy z zasobami dodatkowymi e-podręczników (5-h szkolenie) – 2017 r.;   kurs "e-nauczyciel" (20-h) – w roku szkolnym 2017/2018.  **(wstawić znak „x” w okienku deklarując udział ww. formach wsparcia)** | | | |
|  | | **\*niepotrzebne skreślić**  **…………………………………..**  Czytelny podpis uczestnika projektu  **…………………………………**  Miejsce i data | | | |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja niżej podpisany/a ..........................................................................................

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a ..........................................................................................

(ulica / osiedle, numer domu/mieszkania)

..........................................................................................

(kod, miejscowość)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie pn. „Secrets of Science – Tajemnice Nauki” realizowanym przez Katolicki Zespół Edukacyjny w Ostrowcu Świętokrzyskim -Katolicką Publiczną Szkołę Podstawową im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Działanie 8.3 „Zwiększenie dostępu do wysokiej jakości edukacji przedszkolnej oraz kształcenia podstawowego, gimnazjalnego i ponadgimnazjalnego”, Poddziałanie 8.3.2 Wsparcie kształcenia podstawowego w zakresie kompetencji kluczowych.
2. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby projektu.
3. Oświadczam, że jestem nauczycielem/-ką Katolickiego Zespołu Edukacyjnego w Ostrowcu Świętokrzyskim - Katolickiej Publicznej Szkoły Podstawowej im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim.
4. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „Secrets of Science – Tajemnice Nauki” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Oświadczam, że upoważniam Katolicki Zespół Edukacyjny w Ostrowcu Świętokrzyskim -Katolicką Publiczną Szkołę Podstawową im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych   
   tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 922) w celu monitoringu, kontroli i ewaluacji projektu.
6. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.

.............................................................

Czytelny podpis uczestnika projektu

.................................................

Data

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

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Secrets of Science – Tajemnice Nauki”** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
  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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
  3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu   
     **pn. „Secrets of Science – Tajemnice Nauki”**, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości   
     w ramach Programu;
  4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Katolickiemu Zespołowi Edukacyjnemu w Ostrowcu Świętokrzyskim -Katolickiej Publicznej Szkole Podstawowej im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski;
  5. oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPO WŚ;
  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.

.................................................

Miejsce i data

.............................................................

Czytelny podpis uczestnika projektu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY   
NA UPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na upowszechnianie wizerunku mojego dziecka\podopiecznego   
w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2017 r., poz. 880, z późn. zm.).

.................................................

Miejsce i data

.............................................................

Czytelny podpis uczestnika projektu