



**DEKLARACJA
UCZESTNICTWA W PROJEKCIE:**

**PODNOSENIE KWALIFIKACJI KADR POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ W WIELKOPOLSCE,
WSPÓLFINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO**

IMIĘ

NAZWISKO

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie pt.: *Podnoszenie kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej w Wielkopolsce*, realizowanym w ramach Działania 7.1 Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji, Poddziałania 7.1.3 Podnoszenie kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki,
- zapoznałem/zapoznałam się z *Regulaminem uczestnictwa w w/w projekcie*.

Miejscowość..... data

Czytelny podpis:

I. Dane dotyczące projektu (tytuł szkolenia): ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI

data szkolenia:

II. Dane uczestnika projektu:

1. Imię (imiona):	
2. Nazwisko:	
3. PESEL:	4. Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
5. Wiek w chwili przystępowania do projektu:	
6. Wykształcenie: <input type="checkbox"/> brak (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe (wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (wyszkolenie na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (wyszkolenie na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej) <input type="checkbox"/> pomaturalne (wyszkolenie na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które nie jest jednocześnie wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> wyższe (pełne wykształcenie na poziomie wyższym)	
Dane kontaktowe – adres zamieszkania Dane umożliwią dotarcie do uczestnika/uczestniczki projektu w przypadku kiedy zostanie On/Ona wylosowany/a do udziału w badaniu ewaluacyjnym	
7. Województwo:	8. Powiat:





9. Kod pocztowy:	10. Poczta:
11. Miejscowość:	
12. Obszar - należy określić status miejscowości wskazanej w punkcie 11, zgodnie z definicją GUS: <input type="checkbox"/> miejski (obszar położony w granicach administracyjnych miast) <input type="checkbox"/> wiejski (obszar położony poza granicami administracyjnymi miast)	
13. Ulica:	
14. Nr domu:	15. Nr lokalu:
14. Tel. stacjonarny:	15. Tel. komórkowy:
16. Adres poczty elektronicznej:	
17. Nazwa pracodawcy:	
18. Zatrudniony na stanowisku: <input type="checkbox"/> pracownik socjalny w rozumieniu ustawy o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> inny	

III. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

W związku z przystąpieniem do Projektu „Podnoszenie kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej w Wielkopolsce” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem tak zebranych danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki z siedzibą w Warszawie, ul. Wspólna 2/4;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu Podnoszenie kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej w Wielkopolsce, ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu udzielania wsparcia, realizacji projektu Podnoszenie kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej w Wielkopolsce, ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielania wsparcia w ramach Projektu;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Jednocześnie oświadczam iż dane zamieszczone w punktach **I oraz II** są zgodne z prawdą.

.....
Data

.....
podpis

