

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Dane osoby zgłaszającej się do udziału w szkoleniu/ PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNI DUKOWANYMI LITERAMI/			
DANE OSOBOWE			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)			
Płeć <i>(zaznacz „X” w odpowiednim polu)</i>	Kobieta	<input type="checkbox"/>	
	Mężczyzna	<input type="checkbox"/>	
PESEL			
Data urodzenia			
Miejsce urodzenia/województwo urodzenia			
Wykształcenie <i>(zaznacz „X” w odpowiednim polu)</i>	Brak	<input type="checkbox"/>	
	Podstawowe	<input type="checkbox"/>	
	Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	
	Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>	
	Pomaturalne wyższe	<input type="checkbox"/>	
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica			
Nr domu			
Nr lokalu			
Miejscowość			
Obszar zamieszkania <i>(zaznacz „X” w odpowiednim polu)</i>	Obszar miejski	<input type="checkbox"/>	
	Obszar wiejski	<input type="checkbox"/>	
Kod pocztowy			
Województwo			
Powiat			
Gmina			
Telefon stacjonarny			
Telefon komórkowy			
Adres poczty elektronicznej (email)			
..... Miejscowość, data czytelny podpis uczestnika projektu		



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany(a) deklaruję udział w projekcie systemowym nr POKL.09.02.00-16-017/11 pn. „**Innowacyjna szkoła zawodowa III**” realizowanym przez Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Informatycznego i Politechnicznego w Opolu i zobowiązuje się do aktywnego uczestnictwa w bezpłatnych zajęciach.

Nazwa zespołu szkół:

Oświadczam że jestem uczniem szkoły: [] Zasadniczej szkoły zawodowej [] Technikum

Nazwa technikum lub ZSZ:

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu systemowego nr POKL.09.02.00-16-017/11 pn. „**Innowacyjna szkoła zawodowa III**”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki:
Ministerstwo Rozwoju Regionalnego
Departament Zarządzania Europejskim Funduszem Społecznym
ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi Projektu;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

