

Projekt „PrzyStać DiM” nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-026/20
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

KARTA REJESTRACJI W PROJEKCIE

"PrzyStać DiM"

IMIĘ

NAZWISKO

PŁEĆ dziewczynka
 chłopiec

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA I MIEJSCE URODZENIA

.....

ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA PROJEKTU

Kod pocztowy i miejscowość.....

Województwo

Powiat

Ulica.....

Nr domu.....

Nr lokalu

Imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych

.....

Telefon kontaktowy rodziców/opiekunów prawnych

Adres e-mail rodziców/opiekunów prawnych

WYKSZTAŁCENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Rodzaj wykształcenia.....

Projekt „PrzyStań DiM” nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-026/20
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

O PROJEKCIE DOWIEDZIAŁEM/ŁAM SIĘ Z:

.....

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że projekt „**PrzyStań DiM**” jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - POWER. Ponadto oświadczam, iż przedstawione powyżej dane są zgodne z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
LUB RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO*

Ponadto zgodnie z przepisami z ustawy o ochronie danych osobowych z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanym dalej Rozporządzenie RODO), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej dla potrzeb realizacji, monitorowania i ewaluacji programu. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Rekrutacji stanowiącym załącznik do karty rejestracji.

.....
data i podpis uczestnika projektu lub rodzica/opiekuna prawnego



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „PrzyStać DiM” nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-026/20
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Oświadczenie dotyczące statusu uczestnika projektu

"PrzyStać DiM"

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

TAK NIE

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

TAK NIE

Osoba z niepełnosprawnościami

TAK NIE

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

TAK NIE

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

TAK NIE

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

TAK NIE

.....
data i podpis uczestnika projektu lub rodzica/opiekuna prawnego

Projekt „PrzyStań DiM” nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-026/20
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pt. **"PrzyStań DiM"** oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, co następuje:

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
 - a) Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej,
 - b) Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi.
 - c) Minister Zdrowia dla zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), przy czym dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programem Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Beneficjenci w ramach POWER 2014-2020”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146);
 - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

Projekt „PrzyStać DiM” nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-026/20
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **"PrzyStać DiM"**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:
Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, Warszawa ul. Wspólna 2/4, 00-926,
Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Łodzi, ul. Aleksandrowska 159, 91-229,
Ministerstwu Zdrowia, Warszawa ul. Miodowa 15, 00-952.
oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu **"PrzyStać DiM"**
Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.
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.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
LUB RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO



Projekt „PrzyStań DiM” nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-026/20
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

„PrzyStań DiM”

Ja, niżej podpisana/y

.....
(imię i nazwisko uczestnika projektu)

Deklaruję wolę udziału w projekcie „**PrzyStań DiM**” realizowanym przez Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi w ramach priorytetu IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie IV.1 Innowacje społeczne, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że wszystkie dane przedstawione przeze mnie w dokumentach wypełnianych w związku z moim udziałem w projekcie są zgodne z prawdą.

Zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji, który został przedstawiony mi do wglądu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
LUB RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

Projekt „PrzyStań DiM” nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-026/20
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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

W związku z przystąpieniem do projektu pt. **"PrzyStań DiM"** w ramach priorytetu IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie IV.1 Innowacje społeczne, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją projektu **"PrzyStań DiM"**

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy, nagrania wykonane podczas zajęć i spotkań mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych. Podpisanie oświadczenia jest dobrowolne.

Zrzekam się niniejszym roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łodzi, z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
LUB RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO*