

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DZIECKA DO PROJEKTU

„Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim.”

współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach 9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu: B. wdrożenie programów zdrowotnych i ukierunkowanych na rozwiązanie problemów dzieci i młodzieży Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

I DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI							
Imię (imiona)							
Nazwisko							
PESEL	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> brak PESEL - proszę wpisać datę urodzenia w formacie RRRR-MM-DD (zaznaczyć tylko w przypadku nie posiadania numeru PESEL.)</p>						
Wiek w chwili przystąpienia do projektu							
Wykształcenie	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe</td> <td><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> podstawowe</td> <td><input type="checkbox"/> policealne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> gimnazjalne</td> <td><input type="checkbox"/> wyższe</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne						
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> policealne						
<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe						
Adres zamieszkania	Kraj:						
	Województwo:						
	Powiat:						
	Gmina:						
	Miejscowość:						
	Ulica:						
	<table border="0"> <tr> <td>Numer budynku:</td> <td>Numer lokalu:</td> </tr> </table>	Numer budynku:	Numer lokalu:				
Numer budynku:	Numer lokalu:						
Kod pocztowy:							

Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania)	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Pełna nazwa szkoły do jakiej uczęszcza dziecko wraz z adresem	

II INFORMACJE O SYTUACJI SPOŁECZNEJ UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI (proszę zaznaczyć znakiem „X”)	
Oświadczam, że jest:	
osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

II KRYTERIA (proszę zaznaczyć znakiem „X”) oświadczenie dotyczące sytuacji rodzinnej	
Oświadczam, przynależność do jednej/ lub kilku grup:	
Dziewczynki w wieku 10 i 12 lat (w przypadku rekrutacji w roku 2019 – rocznik 2007 i 2009, w roku 2020 – rocznik 2008 i 2010, w roku 2021 – rocznik 2009 i 2011)	<input type="checkbox"/> tak (<input type="checkbox"/> 10 lat <input type="checkbox"/> 12 lat) <input type="checkbox"/> nie
Chłopcy w wieku 13 i 14 lat (przypadku rekrutacji w roku 2019 – rocznik 2005, 2006, w roku 2020 – rocznik 2007, w roku 2021 rocznik 2008),	<input type="checkbox"/> tak (<input type="checkbox"/> 13 lat <input type="checkbox"/> 14 lat) <input type="checkbox"/> nie
Osoby z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zamieszkanie na terenie województwa małopolskiego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

IV DANE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Imię i nazwisko Matki/ opiekuna prawnego	
Adres zamieszkania Matki/ opiekuna prawnego	
Nr. telefonu Matki/ opiekuna prawnego	
Imię i nazwisko Ojca/ opiekuna prawnego	
Adres zamieszkania Ojca/ opiekuna prawnego	
Nr. telefonu Ojca/ opiekuna prawnego	

V OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

- Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem/IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/.
- Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Dobrej na mocy umowy o dofinansowanie, działa jako podmiot, któremu Pani/Pana dane zostały powierzone do przetwarzania przez Ministerstwo Rozwoju. Informacja o przetwarzaniu danych znajduje się w załączniku nr 3 Regulaminu Rekrutacji – prosimy się z nią zapoznać przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych do celów rekrutacji w ramach projektu „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim.”
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim.” i go akceptuję.
- Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe oraz, że poinformowano mnie o prawie dostępu do przetwarzania przez realizatorów projektu danych osobowych w/w dziecka, wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.
- Zobowiązuję się do informowania o wszelkich zmianach danych osobowych oraz sytuacjach, które mogą mieć wpływ na sytuację i bezpieczeństwo dziecka.
- Oświadczam, że ja, jako rodzic/ opiekun prawny, ani dziecko.....(imię i nazwisko dziecka) nie korzystam ze wsparcia innego projektu realizującego przedmiotowy RPZ.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji

ZGODA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH

NA UDZIAŁ DZIECKA W PROJEKCIE

„Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim.”

współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach 9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu B. wdrożenie programów zdrowotnych i ukierunkowanych na rozwiązanie problemów dzieci i młodzieży Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

.....
IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

w projekcie „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach 9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu: B. wdrożenie programów zdrowotnych i ukierunkowanych na rozwiązanie problemów dzieci i młodzieży Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji

OŚWIADCZENIE

UCZESTNIKA PROJEKTU „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim.”

współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach 9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu: projektu B. wdrożenie programów zdrowotnych i ukierunkowanych na rozwiązanie problemów dzieci i młodzieży Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim**” nr **RPMP.09.02.01-12-0204/18** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków,
2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 2/4, 00-926 Warszawa,
3. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;

4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;

4. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);

5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości, ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków** (nazwa i adres właściwej IP), beneficjentowi realizującemu projekt – **Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Dobrej** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego⁴, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego¹, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;

6. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później²;

7. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;

8. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15-20 RODO;

9. posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej. Przetwarzanie danych zostanie zaprzestane, chyba że IZ/IP będzie w stanie wykazać, że w stosunku do przetwarzanych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec interesów, praw i wolności lub dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;

10. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO;

11. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;

1 Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju

2 Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu (m. in. decyduje tutaj kwestia pomocy publicznej, rozliczania VAT, mechanizmów odzyskiwania, archiwizacji itp.)

12. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane

13. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iodo@umwm.malopolska.pl lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków;

14. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;

15. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy;

16. do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej).

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA
PROJEKTU

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

Załącznik nr 5 do Regulaminu Rekrutacji

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PIELĘGNIAREK/ HIGIENISTEK SZKOLNYCH
DO PROJEKTU**

„Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim”

współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach 9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu B. wdrożenie programów zdrowotnych i ukierunkowanych na rozwiązanie problemów dzieci i młodzieży Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

I DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI							
Imię (imiona)							
Nazwisko							
PESEL	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> brak PESEL - proszę wpisać datę urodzenia w formacie RRRR-MM-DD (zaznaczyć tylko w przypadku nie posiadania numeru PESEL.)</p>						
Wiek w chwili przystąpienia do projektu							
Wykształcenie	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe</td> <td><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> podstawowe</td> <td><input type="checkbox"/> policealne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> gimnazjalne</td> <td><input type="checkbox"/> wyższe</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne						
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> policealne						
<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe						
Adres zamieszkania	Kraj:						
	Województwo:						
	Powiat:						
	Gmina:						
	Miejscowość:						
	Ulica:						
	Numer budynku:	Numer lokalu:					
Kod pocztowy:							

Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania)		
Numer telefonu		Stacjonarny: Komórkowy:
Adres e-mail		
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowa w tym: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba pracująca W tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik	
Wykonywany zawód		
Zatrudniony w		
II INFORMACJE O SYTUACJI SPOŁECZNEJ UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI (proszę zaznaczyć znakiem „X”)		
Oświadczam, że jestem:		
osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem,	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	

osobą obcego pochodzenia	
osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

III KRYTERIA (proszę zaznaczyć znakiem „X”)	
oświadczenie dotyczące sytuacji rodzinnej	
Oświadczam, przynależność do jednej/ lub kilku grup:	
Zamieszkanie na terenie województwa małopolskiego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
V OŚWIADCZENIE	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Dobrej na mocy umowy o dofinansowanie, działa jako podmiot, któremu Pani/Pana dane zostały powierzone do przetwarzania przez Ministerstwo Rozwoju. Informacja o przetwarzaniu danych znajduje się w załączniku nr 3 Regulaminu Rekrutacji – prosimy się z nią zapoznać przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego. 2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych do celów rekrutacji w ramach projektu „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim.” 3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim.” i go akceptuję. 4. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe oraz, że poinformowano mnie o prawie dostępu do przetwarzania przez realizatorów projektu danych osobowych wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia. 5. Zobowiązuje się do informowania o wszelkich zmianach danych osobowych 6. Oświadczam, że nie korzystam ze wsparcia innego projektu realizującego przedmiotowy RPZ. 	
.....
Miejscowość, data	podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Załącznik nr 4 do Regulaminu Rekrutacji

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

DO PROJEKTU „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim”

współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach 9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu B. wdrożenie programów zdrowotnych i ukierunkowanych na rozwiązanie problemów dzieci i młodzieży Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

I DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI							
Imię (imiona)							
Nazwisko							
PESEL	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> brak PESEL - proszę wpisać datę urodzenia w formacie RRRR-MM-DD (zaznaczyć tylko w przypadku nie posiadania numeru PESEL.)</p>						
Wiek w chwili przystąpienia do projektu							
Wykształcenie	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe</td> <td><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> podstawowe</td> <td><input type="checkbox"/> policealne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> gimnazjalne</td> <td><input type="checkbox"/> wyższe</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne						
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> policealne						
<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe						
Adres zamieszkania	Kraj:						
	Województwo:						
	Powiat:						
	Gmina:						
	Miejscowość:						
	Ulica:						
	Numer budynku:	Numer lokalu:					
Kod pocztowy:							

Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania)		
Numer telefonu		Stacjonarny: Komórkowy:
Adres e-mail		
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowa w tym: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba pracująca W tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik	
Zatrudniony w		
II INFORMACJE O SYTUACJI SPOŁECZNEJ UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI (proszę zaznaczyć znakiem „X”)		
Oświadczam, że jestem:		
osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem,	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	

osobą obcego pochodzenia	
osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

III KRYTERIA (proszę zaznaczyć znakiem „X”)
oświadczenie dotyczące sytuacji rodzinnej
Oświadczam, przynależność do jednej/ lub kilku grup:
Zamieszkanie na terenie województwa małopolskiego
 tak nie

Osoba z niepełnosprawnościami
 tak nie

V OŚWIADCZENIE

1. Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Dobrej na mocy umowy o dofinansowanie, działa jako podmiot, któremu Pani/Pana dane zostały powierzone do przetwarzania przez Ministerstwo Rozwoju. Informacja o przetwarzaniu danych znajduje się w załączniku nr 3 Regulaminu Rekrutacji – prosimy się z nią zapoznać przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych do celów rekrutacji w ramach projektu „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim.”
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym w szkołach podstawowych w powiecie limanowskim.” i go akceptuję.
4. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe oraz, że poinformowano mnie o prawie dostępu do przetwarzania przez realizatorów projektu danych osobowych wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.
5. Zobowiązuje się do informowania o wszelkich zmianach danych osobowych
6. Oświadczam, że nie korzystam ze wsparcia innego projektu realizującego przedmiotowy RPZ.

 Miejscowość, data

 podpis rodzica/ opiekuna prawnego