***Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (osoba ucząca się)**

do projektu „**MP Health Direct**” o numerze **2022-1-PL01-KA220-SCH-000085655** realizowany ze środków Programu Erasmus+  **sektor Edukacja Szkolna**

**Część A –** wypełnia kandydat/ka (osoba ucząca się)

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane podstawowe kandydata/tki** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć |  |
| PESEL |  |
| Data urodzenia (dd/mm/rrrr) |  |
| Obywatelstwo |  |
| Adres zamieszkania *(ulica, kod pocztowy, miasto)* |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Email |  |

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla celów rekrutacji do projektu**

**„MP Health Direct”.**

…………………………………….…….

data i podpis kandydata/tki

Wyrażam zgodę na wzięcie udziału mojego syna/córki w jakimkolwiek działaniu typu mobilność.

………………………………………….

data i podpis rodzica/opiekuna

**Część B** – wypełnia kandydat(tka)/wychowawca/kierownik kształcenia zawodowego/inne

1. roczna ocena klasyfikacyjna z zachowania: za rok szkolny 2021/2022
2. średnia ocen: za rok szkolny 2021/22

………………………………………………………………………………………………………………………….

1. opinia wychowawcy pozytywna lub negatywna (negatywna 0 pkt, pozytywna 1-10 pkt )

………………………………………………………………………………………………………………………….

1. uczeń nie posiada/ posiada orzeczenie/ opinię/ informację o specjalnych potrzebach edukacyjnych (właściwe podkreślić)

……………………………..

Data i podpis wychowawcy

1. wywiad z rodzicami (zgoda rodziców) potwierdzona podpisem w części A formularza zgłoszeniowego

…………………………………………………………………………………………………………………………

Data i podpis koordynatora projektu.

***Załącznik nr 2 do regulaminu rekrutacji***

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **MP Health Direct**oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. 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 (Dz. U. z 2014r. poz. 1182, z późn. zm.) –dane osobowe są niezbędne dla realizacji projektu **MP Health Direct**.
2. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu**MP Health Direct** w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.
3. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - ***Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Al. Jerozolimskie 142A , 02-305 Warszawa*** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – (nazwa i adres ww. podmiotów):
4. **Zespół Szkół Agrotechniczno – Ekonomicznych im Komisji Edukacji Narodowej w Weryni**

**Werynia 501 36-100 Kolbuszowa**

1. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz beneficjenta kontrole i audyt.
2. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
3. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ……………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)\** |

1. \*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane również przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-1)