

Wpłynęło:

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Wyższe kwalifikacje, lepsze perspektywy!”
dla Uczniów
(osoby małoletnie)**

Nazwa Programu Operacyjnego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020
Nazwa i numer Działania	Działanie 8.6 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia zawodowego
Źródło Finansowania	Europejski Fundusz Społeczny
Nazwa Beneficjenta	COLLEGIUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA CYWILNA ANNA WASIŁEK, GRZEGORZ WASIŁEK
Numer wniosku o dofinansowanie	RPZP.08.06.00-32-K002/19

CZĘŚĆ I DANE PERSONALNE			
Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data i miejsce urodzenia:		Wiek:	
PESEL:			
Adres zamieszkania: ¹			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	
Miejscowość:			
Powiat:			
Województwo:	Zachodniopomorskie		
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			

¹ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. w przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie województwa zachodniopomorskiego, inne podmioty – adres jednostki organizacyjnej w województwie zachodniopomorskim).



CZĘŚĆ II STATUS UCZESTNIKA		
Status ucznia w Technikum Fryzjerskim	Proszę podać datę rozpoczęcia i planowanego zakończenia nauki oraz numer semestru	Oświadczam, że posiadam status Ucznia/ Słuchacza na kierunku kształcenia Technik usług fryzjerskich Semestr: Data rozpoczęcia nauki: Data planowanego zakończenia nauki:
Wykształcenie kandydata	Poziom wykształcenia na podstawie ostatniej ukończonej szkoły / uczelni) (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
Status zawodowy kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X):	Osoba bierna zawodowo ²	X TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba z niepełnosprawnością ³	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji

² Osoba bierna zawodowo - osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo)

³ Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).



	osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. osoba należąca do jednej lub kilku z poniższych grup: i. osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1, ii. byli więźniowie, iii. narkomani, iv. osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, v. <u>osoby z obszarów wiejskich.</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kryteria premiujące (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)	osoba z niepełnosprawnością ⁴ + 15 punktów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kryteria premiujące (wypełnia sekretariat szkoły)	Średnia ocen kandydata z ostatniego semestru	<input type="checkbox"/> średnia ocen 4,5 lub poniżej – 0 pkt <input type="checkbox"/> średnia ocen powyżej 4,5 – +10pkt <input type="checkbox"/> Nie dotyczy (Uczeń /słuchacz I semestru)
Podpis osoby wypełniającej:	Frekwencja kandydata na zajęciach z ostatniego semestru	<input type="checkbox"/> 90% lub poniżej - 0 pkt <input type="checkbox"/> powyżej 90% - +10pkt <input type="checkbox"/> Nie dotyczy (Uczeń /słuchacz I semestru)

.....
Podpis uczestnika projektu

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
Miejscowość, data

⁴ j.w.

OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojego syna/ mojej córki w projekcie „Wyższe kwalifikacje, lepsze perspektywy!” nr RPZP.08.06.00-32-K002/19.

Jednocześnie oświadczam, że mój syn / moja córka spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające ją/ jego do udziału w Projekcie tj. **zamieszkuje/pracuje/uczy się na terenie województwa zachodniopomorskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego** a także jest Uczniem / Uczennicą Technikum Fryzjerskiego, prowadzonych przez COLLEGIUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA CYWILNA ANNA WASIŁEK, GRZEGORZ WASIŁEK ul. Mieszka I 4, 73-110 Stargard na kierunku Technik usług fryzjerskich i jest zainteresowany/ zainteresowana uczestnictwem we wszystkich formach wsparcia przewidzianych dla ww. kierunku w ramach niniejszego projektu.

*niepotrzebne skreślić

.....

Miejscowość, data

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego

POZOSTAŁE OSWIADCZENIA:

Oświadczam, że wszystkie dane i zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.

- ✓ Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
- ✓ Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu mój syn/ moja córka jest uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
- ✓ Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- ✓ Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego syna/ mojej córki w celu udokumentowania prowadzonych form wsparcia.

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że **wzięcie udziału w projekcie przez mojego syna / moją córkę wiąże się z odbyciem obowiązkowego doradztwa edukacyjno – zawodowego:**

Wymiar godzinowy doradztwa edukacyjno – zawodowego to 2 godziny dydaktyczne.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że **wzięcie udziału w projekcie przez mojego syna / moją córkę wiąże się z odbyciem obowiązkowego stażu zawodowego:**

Wymiar godzinowy stażu wynosi 150 h zegarowych, może być realizowany od poniedziałku do soboty, realizacja stażu w niedzielę i święta ustawowo wolne od pracy jest niedozwolona.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

WSTEPNA OCENA MOTYWACJI ORAZ ANALIZA POTRZEB UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Proszę o wskazanie, co motywuje Cię do wzięcia udziału w projekcie: (zaznaczyć "X", możliwość wielokrotnego wyboru)
 - Chęć podniesienia kwalifikacji zawodowych
 - Chęć zdobycia nowych kwalifikacji zawodowych
 - Rozwój zawodowy
2. Jakie efekty może Tobie przynieść udział w projekcie: (zaznaczyć "X", możliwość wielokrotnego wyboru)
 - Nabycie kwalifikacji zawodowych wymaganych przez pracodawców
 - Nabycie umiejętności praktycznych
 - Wejście na rynek pracy, zdobycie pierwszej pracy

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA UDOSTĘPNIENIU WIZERUNKU

Ja, niżej podpisana/podpisany, działając w imieniu własnym oraz mojego syna / córki na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oświadczam, że niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym wizerunku mojego syna / córki przez Wspólników – Anny Wasitek i Grzegorza Wasitek działających w ramach spółki cywilnej pod nazwą **Collegium Medyczne „Medica” s.c. Anna Wasitek, Grzegorz Wasitek**, ul. Mieszka I 4, 73-110 Stargard (zwanymi dalej MEDICA), zgodnie z zapisami 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 przepisów prawa krajowego.

W szczególności zgoda obejmuje nieodpłatne używanie, wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku utrwalonych jakąkolwiek techniką, na wszelkich nośnikach (w tym w postaci fotografii i dokumentacji filmowej, lub dźwiękowej) na potrzeby realizowanego projektu pn. Wyższe kwalifikacje, lepsze perspektywy! RPZP.08.06.00-32-K002/19.

Niniejsza zgoda jest nieodpłatna, nie jest ograniczona ilościowo, czasowo ani terytorialnie.

W razie potrzeby wizerunek mojego syna / córki może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania, kadrowania i kompozycji, a także zestawiony z wizerunkami innych osób, może być uzupełniony towarzyszącym komentarzem, natomiast nagranie filmowe i dźwiękowe z moim udziałem mogą być cięte, montowane, modyfikowane, dodawane do innych materiałów powstających na potrzeby promocji projektu oraz potwierdzenia udzielonego wsparcia w ramach niniejszego projektu – bez obowiązku akceptacji produktu końcowego.

Niniejsza zgoda obejmuje wszelkie formy publikacji, w szczególności rozpowszechnianie w Internecie (w tym na portalach społecznościowych Facebook, Twitter, You Tube itp. Wizerunek nie może być użyty w formie lub publikacji dla mnie obraźliwej lub naruszać w inny sposób moje dobra osobiste.

Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać swoją zgodę, aby od tego momentu MEDICA nie wykorzystywała wizerunków w jakichkolwiek nowych publikacjach powstałych po dacie wycofania zgody.

Data i podpis osoby udzielającej zgody

Data i podpis osoby reprezentującej MEDICA

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. Wyższe kwalifikacje, lepsze perspektywy! RPZP.08.06.00-32-K002/19 przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - 1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
 - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa 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 RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
 - 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 (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, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, t.j., z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze 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,
- 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 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.),
 - 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 pn. Wyższe kwalifikacje, lepsze perspektywy! RPZP.08.06.00-32-K002/19 w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt - COLLEGIUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA CYWILNA ANNA WASIŁEK, GRZEGORZ WASIŁEK ul. Mieszka I 4, 73-110 Stargard oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta badania, kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
 5. Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
 6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
 7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 (tj. do dnia 31 grudnia 2023 r.) oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 8. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
 - a) abi@wzp.pl - w odniesieniu do danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
 - b) iod@miir.gov.pl – w odniesieniu do danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.

9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
11. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
12. Podanie danych jest warunkiem ustawowym, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

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

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



ZAŁĄCZNIKI DODATKOWE:

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w świetle przepisów ustawy z 27.08.1997r. lub orzeczenia albo innego dokumentu, o którym mowa w ustawie z 19.08.1994r.

OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE:

Kandydat spełnia/nie spełnia ⁵ obligatoryjne kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent)
podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny
.....

⁵ Niepotrzebne skreślić.