



ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIU

pt. „Doradztwo dla powracających i przybywających z zagranicy do Polski.”

organizowanej przez Ośrodek Rozwoju Polskiej Edukacji za Granicą w ramach projektu „Otwarta Szkoła – System Wsparcia Uczniów Migrujących”

Termin: 07 - 14 grudnia 2011 r.

Nazwisko				Imię		
Stanowisko						
Reprezentowana instytucja						
Adres placówki	ul.			nr		
Kod pocztowy			Miejscowość			
E-mail			Telefon			Fax.

Deklaruję uczestnictwo w szkoleniu pt. „Doradztwo dla uczniów powracających i przybywających z zagranicy do Polski.” organizowanym przez Ośrodek Rozwoju Polskiej Edukacji za Granicą w ramach projektu „Otwarta Szkoła – System Wsparcia Uczniów Migrujących” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Deklaruję uczestnictwo w szkoleniu dla:

nauczycieli dyrektorów przedstawicieli organów prowadzących szkoły

Ponieważ koszt mojego uczestnictwa w szkoleniu pokrywany jest w całości ze środków publicznych, zobowiązuję się do udziału w szkoleniu.

Szkolenie jest **bezpłatne** .

Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest wypełnienie niniejszego formularza. **Prosimy przesać zeskanowane zgłoszenie faksem na nr +48228538702 lub drogą mailową na adres anna.kowalczyk@polskaszkoła.edu.pl . Oryginał zgłoszenia należy także przesać na adres : OŚRODEK ROZWOJU POLSKIEJ EDUKACJI ZA GRANICĄ, ul. Rolna 175 02-729 Warszawa, Polska.**

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29. 08. 1997 r. (Dz. U. z 2002 Nr 101, poz. 926 późn. zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji i ewaluacji szkolenia w projekcie „Otwarta Szkoła – System Wsparcia Uczniów Migrujących” organizowanego przez Ośrodek Rozwoju Polskiej Edukacji za Granicą.

.....
pieczęć szkoły i data

.....
podpis



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu pt. **Otwarta szkoła – system wsparcia uczniów migrujących** 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 Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu **Otwarta szkoła – system wsparcia uczniów migrujących**, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczość w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu pt. **Otwarta szkoła – system wsparcia uczniów migrujących**, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości 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.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*



Dane uczestników projektów, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS

Proszę uzupełnić i zaznaczyć właściwą odpowiedź **X**

	Lp.	Nazwa	Możliwe wartości
Dane uczestnika	1	Imię (imiona) (pole tekstowe)	
	2	Nazwisko (pole tekstowe)	
	3	Płeć (pole słownikowe)	Kobieta
			Mężczyzna
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu (pole liczbowe)	
	5	PESEL (pole liczbowe)	
	6	Wykształcenie (pole słownikowe)	Brak
Podstawowe			
Gimnazjalne			
Ponadgimnazjalne			
Pomaturalne			
7	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną (pole checkbox)	Tak	
		Nie	
Dane kontaktowe	8	Ulica (pole tekstowe).	
	9	Nr domu (pole tekstowe)	
	10	Nr lokalu (pole tekstowe)	
	11	Miejscowość (pole tekstowe)	
	12	Obszar (pole radiowe)	Obszar (teren) miejski
			Obszar (teren) wiejski
	13	Kod pocztowy (pole liczbowe)	
	14	Województwo (pole słownikowe)	
	15	Powiat (pole słownikowe)	
	16	Telefon stacjonarny (pole tekstowe)	
17	Telefon komórkowy (pole tekstowe)		
18	Adres poczty elektronicznej (e-mail) (pole tekstowe)		
Dane dodatkowe	19	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (pole słownikowe)	Bezrobotny
			Tak
		w tym	Nie
Osoba długotrwale bezrobotna			



		Nieaktywny zawodowo	Tak
			Nie
		w tym	Osoba ucząca się lub kształcąca
		Zatrudniony	Tak
			Nie
		w tym	Rolnik
			Samozatrudniony
			Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie
			Zatrudniony w małym przedsiębiorstwie
			Zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie
			Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie
			Zatrudniony w administracji publicznej
			Zatrudniony w organizacji pozarządowej
		20	Rodzaj przyznanego wsparcia (pole słownikowe)
21	Wykorzystanie we wsparciu technik: e-learning/blended learning (pole checkbox)	Tak	
		Nie	
22	Data rozpoczęcia udziału w projekcie (pole data)		
23	Data zakończenia udziału w projekcie (pole data)		

.....
Czytelny podpis osoby wypełniającej formularz