**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 **bezpłatn**e .

Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest wypełnienie niniejszego formularza. **Prosimy przesłać zeskanowane zgłoszenie faksem na nr +48228538702 lub drogą mailową na adres** **anna.kowalczyk@polskaszkola.edu.pl** **. Oryginał zgłoszenia należy także przesłać 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 Polskie 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 przyjmuje 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 |
| Wyższe |
| 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 |
| Nie |
| w tym | 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) | Szkolenia/warsztaty/kurs |
| 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