

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji UP

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(data wpływu)

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA DO PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO**

**W BRZEŹNICY FILIA W .....**

**W RAMACH PROJEKTU „MALI GIGANCI II” NR RPMP.09.02.01-12-0670/19**

utworzonej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020- w zakresie 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: C. wsparcie dla tworzenia i/lub działalności placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży

**I) INFORMACJE PODSTAWOWE O WYCHOWANKU**

imię i nazwisko dziecka										
data i miejsce urodzenia										
Nr PESEL										
Wiek										

**miejsce zamieszkania**

województwo:		powiat:	
gmina:		kod pocztowy:	
miejscowość:		ulica:	
nr domu/ mieszkania:		nr telefonu kontaktowego*: * podanie numeru do dziecka nie jest wymagane	

**I) INFORMACJE DODATKOWE O WYCHOWANKU**

pełna nazwa i adres szkoły/przedszkola do jakiej uczęszcza dziecko	
nazwisko i imię wychowawcy	
klasa	

Informacje o stanie zdrowia dziecka			
Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Alergie (leki, pokarmy, zwierzęta, inne)			
Choroby przewlekłe, przebyte operacje			
Przyjmowane leki- jeśli tak, czy przyjmuje leki samodzielnie czy wymaga ono nadzoru osoby dorosłej			
II) DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH			
Dane Matki/Opiekuna			
W przypadku wypełniania formularza przez ojca/opiekuna prawnego dziecka, wymagana jest odrębna zgoda matki dziecka na przetwarzanie danych osobowych. W przypadku braku zgody proszę nie wypełniać poniższych komórek z danymi osobowymi. W przypadku śmierci matki dziecka, proszę nie wypełniać poniższych komórek z danymi osobowymi.			
Imię i Nazwisko Matki			
województwo:		powiat:	
gmina:		kod pocztowy:	
miejsowość:		ulica:	
nr domu/mieszkania:		nr telefonu kontaktowego:	
Dane Opiekuna/Ojca			
Pouczenie: W przypadku wypełniania formularza przez matkę/opiekunkę prawną dziecka, wymagana jest odrębna zgoda ojca dziecka na przetwarzanie danych osobowych. W przypadku braku zgody proszę nie wypełniać poniższych komórek z danymi osobowymi. W przypadku śmierci ojca dziecka, proszę nie wypełniać poniższych komórek z danymi osobowymi.			
Imię i Nazwisko Ojca			
województwo:		powiat:	
gmina:		kod pocztowy:	
miejsowość:		ulica:	
nr domu/mieszkania:		nr telefonu kontaktowego:	

### III) OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SYTUACJI RODZINNEJ

(zaznaczyć właściwe „TAK” lub „NIE”)

Pouczenie: zgodnie z § 3 ust. 5 Regulaminu Rekrutacji Uczestników Projektu: „Spełnianie kryteriów należy potwierdzić, dołączając do wniosku określone dokumenty źródłowe. W przypadku nieprzedłożenia dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów oraz w sytuacji braku potwierdzenia okoliczności zawartych w zaświadczeniu - nie uwzględnia się danego kryterium. Rodzice/opiekunowie prawni zobligowani są do dołączenia do wniosku niezbędnych dokumentów źródłowych, które będą potwierdzały spełnienie przez kandydata kryteriów rekrutacji i zwiększą jego szanse na udział w projekcie. Katalog dokumentów jest zawarty w Regulaminie.

Rodzina mieszka na terenie gminy Brzeźnica	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Rodzina jest pod opieką Ośrodka Pomocy Społecznej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
W rodzinie występuje: (proszę zaznaczyć wszystkie występujące powody)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• ubóstwo	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• sieroctwo	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• bezdomność	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• bezrobocie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• niepełnosprawność w tym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
➤ stopień niepełnosprawności znaczny	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
➤ stopień niepełnosprawności umiarkowany	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
➤ stopień niepełnosprawności lekki	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
➤ niepełnosprawność intelektualna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
➤ niepełnosprawność sprzężona	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• długotrwała lub ciężka choroba	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• przemoc w rodzinie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietność	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• alkoholizm lub narkomania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
• klęska żywiołowa lub ekologiczna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Rodzina korzystająca z PO PŻ- Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014- 2020	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wychowywanie się dziecka w rodzinie niepełnej (samotna matka, samotny ojciec- rozwód, separacja, śmierć jednego z małżonków)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<b>IV) INFORMACJE DOTYCZĄCE ODBIORU DZIECKA Z PLACÓWKI</b>		
Proszę podać imiona, nazwiska osób upoważnionych do odbioru dziecka z placówki oraz telefon kontaktowy do tych osób		
Imię i nazwisko	numer kontaktowy	

## V) Oświadczenie Rodzica/Opiekuna prawnego

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Oświadczenia składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 m-cy do 8 lat. (art. 233 §1 kodeksu karnego)

\_\_\_\_\_

(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_

(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

2. Wyrażam zgodę na mój udział w projekcie „Mali giganci II”

\_\_\_\_\_

(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_

(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych do celów rekrutacji w ramach „Mali giganci II”

\_\_\_\_\_

(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_

(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji uczestników projektu, znam kryteria kwalifikacyjne do projektu „Mali giganci II” i akceptuję jego brzmienie.

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

5. Oświadczam, że poinformowano mnie o prawie dostępu do przetwarzanych przez realizatorów projektu danych osobowych w/w Dziecka, wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

6. Zobowiązuję się do informowania kierownika PWD o wszelkich zmianach – nr telefonów, adresów oraz o chorobach i sytuacjach, które mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo i funkcjonowanie dziecka w Placówce Wsparcia Dziennego wraz z 5 filiami na terenie Gminy Brzeźnica w ramach projektu „Mali giganci II”

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

## ZGODA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW NA UDZIAŁ W PROJEKCIE

„MALI GIGANCI II” NR RPMP.09.02.01-12-0670/19

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

\_\_\_\_\_ (imię i nazwisko dziecka)

w projekcie „Mali giganci II” współfinansowanym ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

W szczególności zobowiązuję się do:

- regularnego uczestniczenia dziecka w zajęciach placówki
- współpracy z placówką PWD i personelem prowadzącym zajęcia

\_\_\_\_\_ (miejsowość i data)

\_\_\_\_\_ (podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

**W związku z przystąpieniem do „Mali giganci II” nr RPMP.09.02.01-12-0670/19** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 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. Raclawicka 56, 30-017 Kraków,
2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju, z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 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:
  - I. 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;
  - II. 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;
  - III. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
  - IV. rozporządzenia Wykonawcze 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 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Mali giganci II” nr RPMP.09.02.01-12-0670/19, 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 z siedzibą w Krakowie, ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków, Beneficjentowi realizującemu projekt – Gmina Brzeźnica, ul. Krakowska 109, 34-114 Brzeźnica oraz

- podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Stowarzyszenie NOWA PERSPEKTYWA, ul. K. Wielkiego 31, 38-340 Biecz. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, 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 zamknięcia 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 najpóźniej
  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 przetwarzania danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec interesów, praw i wolności lub dane będą IZ/IP niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
  10. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
  11. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
  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](mailto: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)

---

(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)



## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH MATKI/OJCA/ OPIEKUNA/OPIEKUNKI DZIECKA

Ja niżej podpisany / podpisana \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego) wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych podanych w formularzu zgłoszeniowym do Placówki Wsparcia Dziennego w Brzeźnicy przez Urząd Gminy Brzeźnica z siedzibą przy ul. Krakowskiej 109, 34-114 Brzeźnica oraz Stowarzyszenie NOWA Perspektywa z siedzibą w Bieczu przy ulicy Kazimierza Wielkiego 31, 38-340 Biecz

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celu zbierania moich danych osobowych. Celem gromadzenia danych osobowych jest uczestnictwo w projekcie projektu „Mali giganci II”.

Zostałem/am poinformowany/a o administratorze danych osobowych, którym jest Urząd Gminy Brzeźnica z siedzibą przy ul. Krakowskiej 109, 34-114 Brzeźnica i Stowarzyszenie NOWA Perspektywa z siedzibą w Bieczu przy ulicy Kazimierza Wielkiego 31, 38-340 Biecz oraz o dobrowolności złożenia oświadczenia.

Świadomy/a jestem uprawnień przysługujących mi o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania i uzupełniania.

Uwaga: każdy z rodziców, opiekunów prawnych, którego dane osobowe podano w formularzu zgłoszeniowym winien podpisać odrębną zgodę o treści jak wyżej.

\_\_\_\_\_  
(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

## ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i materiałów filmowych zawierających wizerunek mojego dziecka zarejestrowanych podczas zajęć programowych zorganizowanych przez PWD oraz związanych z uczestnictwem w programach, projektach, zawodach, konkursach. Niniejsza zgoda obejmuje wszelkie formy publikacji dotyczące korzystania z oferty PWD, w szczególności plakaty, foldery, inne drukowane materiały promocyjne, relacje i spoty telewizyjne, radiowe, publikacje w gazetach i czasopismach, rozpowszechnianie w Internecie (strona internetowa organu prowadzącego Placówkę, w tym na portalach społecznościowych Facebook i inne - na profilu zarządzanym przez organ prowadzący Placówkę). Wizerunek dziecka nie może być użyty w formie lub publikacji obraźliwej dla dziecka lub naruszać w inny sposób dóbr osobistych dziecka.

\_\_\_\_\_

(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_

(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ODBIORU DZIECKA

Oświadczam, że wyrażam zgodę, by moje dziecko samodzielnie opuszczało Placówkę Wsparcia Dziennego w ..... (PWD). Równocześnie oświadczam, że po opuszczeniu PWD przejmuję nad nim opiekę i biorę na siebie pełną odpowiedzialność za jego bezpieczeństwo i zachowanie oraz sposób powrotu do domu, niezależnie od tego czy dziecko opuści PWD przed planowaną godziną zakończenia zajęć.

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE RZEYGNACJI DZIECKA

Ja niżej podpisany/a \_\_\_\_\_ oświadczam, iż z dniem \_\_\_\_\_ rezygnuje z udziału mojego dziecka \_\_\_\_\_ zamieszkałego \_\_\_\_\_ z udziału w projekcie „Mali giganci II”.

Powodem rezygnacji jest:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Załącznik nr 8 do Regulaminu Rekrutacji UP

(miejsowość, data)

(data wpływu)

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DO PROJEKTU  
„MALI GIGANCI II” NR RPMP.09.02.01-12-0670/19**

realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020- w zakresie 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: C. wsparcie dla tworzenia i/lub działalności placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży

**I. INFORMACJE PODSTAWOWE**

imię i nazwisko											
data i miejsce urodzenia											
Nr PESEL											
Wiek											

**miejsce zamieszkania**

województwo:		powiat:	
gmina:		kod pocztowy:	
miejsowość:		ulica:	
nr domu/ mieszkania:		nr telefonu kontaktowego:	

**II. INFORMACJE DODATKOWE**

Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie

**Status na rynku pracy**

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ Inne	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie

w tym:		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ Osoba długotrwale bezrobotna		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ Inne		
Osoba bierna zawodowo		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
w tym:		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ Osoba ucząca się		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ Inne		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
<b>Osoba pracująca:</b>		
<i>(proszę wybrać jedną odpowiedź)</i>		
Osoba pracująca w administracji rządowej		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w administracji samorządowej		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w MMŚP		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w organizacji pozarządowej		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Osoba prowadząca działalność na własny rachunek		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Inne		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Zatrudniona w:		
<i>(nazwa zakładu pracy)</i>		
<b>Zawód:</b>		
<i>(proszę wybrać jedną odpowiedź)</i>		
Instruktor praktycznej nauki zawodu		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Nauczyciel kształcenia ogólnego		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Nauczyciel wychowania przedszkolnego		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Nauczyciel kształcenia zawodowego		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Pracownik instytucji rynku pracy		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Rolnik		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Inne		<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
<b>III) OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SYTUACJI RODZINNEJ</b>		

Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
W rodzinie występuje: (proszę zaznaczyć wszystkie występujące powody)	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
ubóstwo	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
sieroctwo	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
bezdomność	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
bezrobocie	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
niepełnosprawność w tym:	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ stopień niepełnosprawności znaczny	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ stopień niepełnosprawności umiarkowany	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ stopień niepełnosprawności lekki	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ niepełnosprawność intelektualna	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
➤ niepełnosprawność sprzężona	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
długotrwała lub ciężka choroba	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
przemoc w rodzinie	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietność	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
bezzadność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
alkoholizm lub narkomania	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
klęska żywiołowa lub ekologiczna	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Rodzina korzystająca z PO PŻ- Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014- 2020	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie
Wychowywanie się dziecka w rodzinie niepełnej (samotna matka, samotny ojciec- rozwód, separacja, śmierć jednego z małżonków)	<input type="checkbox"/> Tak   <input type="checkbox"/> Nie

#### IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Oświadczenia składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 m-cy do 8 lat. (art. 233 §1 kodeksu karnego)

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis)

2. Wyrażam zgodę na mój udział w projekcie „Mali giganci II”

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis)

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych do celów rekrutacji do projektu „Mali giganci II”

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis)

4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji uczestników projektu, znam kryteria kwalifikacyjne do projektu „Mali giganci II” i akceptuję jego brzmienie.

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis)

5. Oświadczam, że poinformowano mnie o prawie dostępu do przetwarzanych przez realizatorów projektu danych osobowych, wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis)



## DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

**„MALI GIGANCI II” NR RPMP.09.02.01-12-0670/19**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „Mali giganci II” nr RPMP.09.02.01-12-0670/19 współfinansowanym ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis)