**ZAŁĄCZNIK nr 1B. FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **TYTUŁ PROJEKTU** | „Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze powiatu brzeskiego i nyskiego w województwie opolskim” |
| **NAZWA BENEFICJENTA PROJEKTU** | „FEMMINA CENTRUM MEDYCZNE MĄCZKA PASTERNOK ZIĘTEK” SPÓŁKA PARTNERSKA |
| **NAZWA PROGRAMU OPERCYJNEGO** | Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WO 2014 - 2020) |
| **NR I NAZWA OSI PRIORYTETOWEJ** | Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna |
| **NR I NAZWA DZIAŁANIA** | Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych |

***DZIECI DO LAT 2. (ZGŁASZANE PRZEZ RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO)***

|  |  |
| --- | --- |
| **NR FORMULARZA:** | **DATA WPŁYWU:** |
|  |  |
| ***(Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)*** | |

**UWAGA!!!**

**Poniższe dane proszę wypełnić odręcznie, DRUKOWANYMI LITERAMI w języku polskim we wszystkich wymaganych polach – zgodnie z zasadami opisanymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.***

***IA. DANE DZIECKA ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU (UCZESTNIK PROJEKTU):***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ:** | | **NAZWISKO:** | |
|  | |  | |
| **DATA URODZENIA (dzień – miesiąc – rok):** | | **MIEJSCE URODZENIA:** | |
|  | |  | |
| **POSIADAJĄCY/A NUMER PESEL:** | | **WIEK (W PEŁNYCH LATACH):** | |
|  | |  | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA:** | | | |
| ***Ulica, Nr domu/lokalu …………………………………………………………………………………………….***  ***Miejscowość, Kod pocztowy ……………………………………………………………………………………*** | | | |
| **GMINA:** | **POWIAT:** | | **WOJEWÓDZTWO:** |
| ***……………………………………*** | * Brzeski * Nyski * Inny (podać) ………………………………….   **Płeć:**   * Kobieta * Mężczyzna | | ***Opolskie*** |
| **WYKSZTAŁCENIE:** | | | |
| **X**  Niższe niż podstawowe   * Podstawowe * Gimnazjalne * Ponadgimnazjalne (wykształcenie średnie lub zawodowe) | * Policealne (osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale bez studiów wyższych * Wyższe (osoby, które posiadają wykształcenie wyższe (uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora), także osoby, które ukończyły studia podyplomowe) | | |
| **STATUT OSOBY NA RYNKU PRACY:** | **X** Osoba bierna zawodowo   * W tym osoba ucząca się (uczeń/student)   **X**  Inne | | |

***IB. DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IMIĘ:** | **NAZWISKO:** | |
|  |  | |
| **DATA URODZENIA (dzień – miesiąc – rok):** | **MIEJSCE URODZENIA:** | |
|  |  | |
| **POSIADAJĄCY/A NUMER PESEL:** | | |
|  | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA:** | | |
| ***Nr domu/lokalu, ulica ………………………………………………………………………………………..***  ***Kod pocztowy, miejscowość……………………………………………………………………………………*** | | |
| **NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO lub ADRES E-MAIL** | |  |

***II. WYBÓR FORMY WSPARCIA (zaznaczyć właściwe „X”):***

* ***POGŁĘBIONA DIAGNOSTYKA ROZWOJU PSYCHOMOTORYCZNEGO DZIECKA - metody diagnostyczne (wybrać jedno z poniższych) tj.:***

|  |  |
| --- | --- |
| * *Ocena rozwoju wg kamieni milowych;* | * *Metoda Prechtla;* |
| * *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa;* | * *Skala Brazeltona.* |

* ***NIWELOWANIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI W ROZWOJU DZIECI DO LAT 2. (wybrać jedno lub więcej z poniższych) tj.:***

1. ***PORADNICTWO MULTIDYSCYPLINARNEGO ZESPOŁU DS. ŻYWIENIA DZIECI (Wsparcie w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * *Neonatolog* | * *Neurologopeda* | * *Gastrolog* |
| * *Profilaktyczne badanie USG dzieci do lat 2 (1r.ż.-USG przezciemiączkowe lub jamy brzusznej, 2 r.ż. – USG jamy brzusznej);*  1. ***MOBILNY INSTRUKTAŻ REHABILITACJI DOMOWEJ:*** | | |
| * *Fizjoterapeuta (niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju ruchowym);*  1. ***OPIEKA PSYCHOLOGICZNA DZIECI I RODZICÓW:*** | | |
| * *Skale Rozwoju Dzieci Bayley–II (BSID-II);* | | * *Diagnoza SI* |
| * *Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego (KORP);* | |  |

***III. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE (OBLIGATORYJNE[[1]](#footnote-1)):***

***Prosimy zaznaczyć właściwe „X” przy polu „TAK” lub „NIE”:***

|  |
| --- |
| **1. Mieszkam[[2]](#footnote-2) i/lub pracuję i/lub uczę się na terenie województwa opolskiego:**   * TAK * NIE |
| **2. Jestem osobą w wieku do lat 2.:**   * TAK * NIE |

***IV. INNE KRYTERIA (DODATKOWE[[3]](#footnote-3)):***

***Prosimy zaznaczyć właściwe „X” przy polu „TAK” lub „NIE”:***

|  |
| --- |
| **1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, to jest:** |
| 1. Jestem osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniem/dzieckiem z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020; z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1886, z późn. Zm.), b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 882, z późn. Zm.),  * TAK □NIE |
| B. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,   * TAK □NIE |
| C. Jestem osobą, o której mowa w Ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, to jest osobą która:   * + - * przebywa w pieczy zastępczej       * opuszcza pieczę zastępczą       * jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych, * TAK □NIE |
| D. Jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z Ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. 2016, poz. 1654, z późn. Zm.),   * TAK □NIE |
| E. Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w Ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz.U. 2016, poz. 1943, z późn. Zm.);   * TAK □NIE |
| F. Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością,   * TAK □NIE |
| G. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów na lata 2014 – 2020,   * TAK □NIE |
| H. Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ),   * TAK □NIE |
| 1. Jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym, to jest: 2. bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 3. uzależnioną od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, 4. chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5. długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6. zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7. uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8. osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,  * TAK □NIE |
| J. Jestem osobą (lub członkiem rodziny) korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, to jest:   * ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, * długotrwałej lub ciężkiej choroby, alkoholizmu lub narkomanii, * przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, * potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, * bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, * trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. C lub d Ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach, * trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, * zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, * klęski żywiołowej lub ekologicznej, * TAK □NIE |
| K. Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności   * TAK □NIE |
| **2. Jestem osobą zamieszkałą w miejscowości poniżej 20.000 mieszkańców i/lub z obszarów wiejskich**   * TAK □NIE |

***V. STATUS KANDYDATA NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO***

***Prosimy zaznaczyć właściwe „X” (JEŻELI DOTYCZY)***

|  |
| --- |
| * Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia * Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań * Osoba z niepełnosprawnościami * Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących * w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu * Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu * Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)[[4]](#footnote-4) |

***VI. OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI:***

*Oświadczam, że:*

* zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. ***„Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze powiatu brzeskiego i nyskiego w województwie opolskim”*** współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (RPO WO 2014-2020);
* **nie korzystałem/am, nie korzystam w chwili obecnej, ani nie zamierzam skorzystać** z tego samego rodzaju wsparcia w różnych projektach w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego pn. Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 roku „Opolskie dla Rodziny”;
* wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, utrwalanie, powielanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Lidera Projektu – „FEMMINA CENTRUM MEDYCZNE MĄCZKA PASTERNOK ZIĘTEK” SPÓŁKA PARTNERSKA oraz Partnera- OPTIMA MEDYCYNA S.A. dla celów działań informacyjno – promocyjnych związanych z realizacją Projektu pt. ***„Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze powiatu brzeskiego i nyskiego w województwie opolskim”;***
* zobowiązuję się do przekazania informacji na temat swojej sytuacji do 4. tygodni od daty zakończenia udziału w projekcie;
* zobowiązuje się do udziału w możliwym badaniu ewaluacyjnym;
* zobowiązuję się do wypełnienia ankiety, która mierzy satysfakcję uczestnika, po zakończeniu udziału w Projekcie;
* zobowiązuję się do wypełnienia kwestionariusza, który mierzy wzrost jakości życia dzięki interwencji EFS uczestnika projektu, który zakończy udział w Projekcie – *dotyczy wyłącznie uczestników zakwalifikowanych do grupy zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym*.

…………………………………. ………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis rodzica/opiekuna prawnego Kandydata/Kandydatki do Projektu)

***OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH***

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. ***„Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze powiatu brzeskiego i nyskiego w województwie opolskim”,*** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych jest Minister Inwestycji i Rozwoju, z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
  2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 jest Marszałek Województwa Opolskiego z siedzibą przy ul. Piastowskiej 14, 45-082 Opole, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego,
  3. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a   
     i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 na podstawie:

w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020:

1. art. 54 ust. 2, art. 59 ust. 1, art. 65, art. 74 ust 1 i 3, art. 115, art. 122 , art. 125 ust. 2. lit d), oraz art. 125 ust 4 lit a), art. 125 ust 5 i 6 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 oraz jego załącznikiem XIII (Kryteria desygnacji) - punkt 3.A.iv;
2. art. 5 oraz art. 19 ust. 4 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 wraz z załącznikiem I i II do tego rozporządzenia;
3. art. 9 ust. 2, art. 22, 23, 24 i 26 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);

W odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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 uchylające Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
2. 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;
3. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 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. 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);
   1. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu ***„Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze powiatu brzeskiego i nyskiego w województwie opolskim”***, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 (RPO WO);
   2. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Zarząd Województwa Opolskiego z siedzibą w Opolu 45-082, ul. Piastowska 14, beneficjentowi realizującemu projekt - „FEMMINA CENTRUM MEDYCZNE MĄCZKA PASTERNOK ZIĘTEK” SPÓŁKA PARTNERSKA z siedzibą w Opolu 45-404, przy ul. Aleja „Solidarności” 26, Partnerowi uczestniczącemu w realizacji projektu, tj. OPTIMA MEDYCYNA S.A. z siedzibą w Opolu 45-864, przy ul. Niemodlińskiej 79 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym badanie ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej lub innego podmiotu który zawarł porozumienie z Powierzającym lub Instytucją Zarządzającą na realizację ewaluacji. Moje dane osobowe mogą zostać również udostępnione specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego lub Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach RPO WO;
   3. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji;
   4. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
   5. 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;
   6. ~~W ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia działalności gospodarczej przekażę informację o liczbie utworzonych miejscach pracy;~~
   7. Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
   8. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) oraz iod@opolskie.pl;

Dodatkowo w zakresie przetwarzania danych osobowych na podstawie 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) mam prawo do:

- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych;

- żądania od administratora dostępu do danych osobowych w zakresie danych dotyczących składającego niniejsze oświadczenie w tym ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;

- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;

- do przeniesienia danych osobowych.

…………………………………. ………………………………………….

(miejscowość, data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

kandydata/kandydatki do Projektu)

1. **Spełnienie kryteriów obligatoryjnych jest konieczne do możliwości wzięcia udziału w projekcie.** [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z Rozdziałem II Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (Dz.U. 1964r. Nr 16, poz. 93 z późn.zm.) Art. 25. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Spełnienie tych kryteriów nie jest konieczne do możliwości wzięcia udziału w projekcie.** [↑](#footnote-ref-3)
4. Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej zaliczamy: osoby z wykształceniem na poziomie niższym niż podstawowe, byłych więźniów, narkomanów, osoby z obszarów wiejskich. [↑](#footnote-ref-4)