

Załącznik nr 1 do regulaminu projektu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY / UCZEŃ

do projektu pt. „**Walka z nadwagą i otyłością w klasach IV-VI szkół podstawowych**”
 ,nr projektu RPLU.11.02.00-06-0036/17,
 Oś priorytetowa 11 Włączenie społeczne Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Priorytet Inwestycyjny 9iv Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

Data wpływu
kompletu dokumentów¹.....

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIĄ/UCZENNICY			
Nazwa i adres szkoły:		Klasa:	
Imię (imiona):		Nazwisko:	
PESEL		Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		
Adres zamieszkania			
ulica:		nr. domu/lokalu	
Województwo:		Powiat:	
Miejscowość i kod pocztowy:		Kraj:	
Imię rodzica /opiekuna prawnego:		Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:	
Telefon rodzica / opiekuna prawnego:		e-mail rodzica / opiekuna prawnego:	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	Osoba bierna zawodowo, osoba ucząca się.		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI		

¹ Wypełnia pracownik

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących - w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu: ODPOWIEDŹ JEŚLI ODPOWIEDZIANO TAK NA POPRZEDNIE PYTANIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Kryteria premiujące:			
Orzeczenie o niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> posiadam ² <input type="checkbox"/> nie posiadam	Oświadczam, iż mój syn/córka uczęszcza/zamieszkuje na terenie wiejskim: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (podpis rodzica/opiekuna prawnego)*	Oświadczam, iż mój syn/córka zamieszkuje na terenie powiatu: <input type="checkbox"/> krasnostawskiego <input type="checkbox"/> chełmskiego <input type="checkbox"/> hrubieszowskiego <input type="checkbox"/> puławskiego (podpis rodzica/opiekuna prawnego)*	
Miejscowość i data:		Podpis rodzica/ opiekuna prawnego uczestnika*:	
		Podpis uczestnika:	

Wypełnia pracownik Biura Projektu

Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	

² Wymagane jest załączenie kserokopii orzeczenia

Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	TAK
	NIE
Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia	

Załącznik nr 1 do Formularza zgłoszeniowego

OŚWIADCZENIE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA W ZBIORACH /UCZEŃ/

ZBIÓR NR 1: Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,

ZBIÓR NR 2: Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

W związku z przystąpieniem mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

do projektu pt. „**Walka z nadwagą i otyłością w klasach IV-VI szkół podstawowych**” wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem danych osobowych mojego dziecka jest odpowiednio:
 - a. Województwo Lubelskie z siedzibą w Lublinie przy ul. . Artura Grottgera 4 dla zbioru nr 1.
 - b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w Warszawie, Pl. Trzech Krzyży 3/5 dla zbioru nr 2.
2. podstawę prawną przetwarzania danych osobowych mojego dziecka stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 oraz art. 27 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,
 - b. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,
 - 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 dnia 2016 r. poz. 217 z późn. zm.),
 - d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r.
 - e. Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014 – 2020 (MliR/H 2014 -2020/13(01)/04/2015),
 - f. Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014 – 2020 (MliR/H 2014 -2020/6(01)/03/2015),
3. dane osobowe mojego dziecka będą przetwarzane wyłącznie w celu:
 - a. udzielania wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu - dotyczy zbioru nr 1.
 - b. zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Programu - dotyczy zbioru nr 2.
4. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości otrzymania wsparcia w ramach projektu,
5. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane mojego dziecka dot. jego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji,
6. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy,
7. mam prawo dostępu do treści danych osobowych mojego dziecka i ich poprawiania.
8. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

.....
**Biuro Projektu „Walka z nadwagą i otyłością w klasach IV-VI szkół podstawowych”
Usługi Medyczne B. Nowicka-Danilczuk Sp. J.
ul. Wł. Kunickiego 90, 20-412 Lublin
e-mail. profilaktyka1@onet.pl**

*Niepotrzebne skreślić

Czytelny podpis uczestnika

Załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE UCZNIĄ

Ja niżej podpisany/na

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*)

oświadczam, że jestem rodzicem/ opiekunem prawnym*
(imię i nazwisko uczestnika/-czki projektu)

i wyrażam zgodę na udział córki/syna* ucznia klasy Szkoły
Podstawowej.....

.....
w projekcie „**Walka z nadwagą i otyłością w klasach IV-VI szkół podstawowych**”, nr
projektu RPLU.11.02.00-06-0036/17,
Oś priorytetowa 11 Włączenie społeczne Regionalnego Programu Operacyjnego
Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Priorytet Inwestycyjny 9iv Ułatwianie dostępu
do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i
usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym Działanie 11.2 Usługi społeczne i
zdrowotne działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

1. Zostałem/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Zobowiązuję się do aktywnego udziału mojej córki/mojego syna* we wszystkich działaniach przewidzianych w ramach Projektu oraz do ich ukończenia, zgodnie z założeniami projektowymi.
3. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które będą prowadzone w trakcie Projektu oraz po jego zakończeniu.
4. Oświadczam, że moja córka/mój syn* jest osobą spełniającą kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
5. Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, potwierdzam, że wszystkie dane podane przeze mnie są prawdziwe
6. Zapoznałem/-am się z Regulaminem realizacji Projektu „**Walka z nadwagą i otyłością w klasach IV-VI szkół podstawowych**” i akceptuję jego treść.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

.....
Czytelny podpis uczestnika

Biuro Projektu „Walka z nadwagą i otyłością w klasach IV-VI szkół podstawowych”
Usługi Medyczne B. Nowicka-Danilczuk Sp. J.
ul. Wł. Kunickiego 90, 20-412 Lublin
e-mail. profilaktyka1@onet.pl

*Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3 do Formularza zgłoszeniowego

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego * na udział dziecka w badaniach przesiewowych realizowanych w ramach projektu pt. „**Walka z nadwagą i otyłością w klasach IV-VI szkół podstawowych**”, nr projektu RPLU.11.02.00-06-0036/17, Oś priorytetowa 11 Włączenie społeczne Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Priorytet Inwestycyjny 9iv Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

Prosimy o podanie poniższych informacji:

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	
Szkoła:	
Klasa:	
Adres zamieszkania:	

**Rodzic/opiekun
prawny:**

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:	
e-mail rodzica/opiekuna prawnego:	
tel. rodzica opiekuna prawnego:	

Prosimy o wyrażenie zgody na działania zaznaczone symbolem:

<input checked="" type="checkbox"/>	Po zapoznaniu się z regulaminem projektu „ Walka z nadwagą i otyłością w klasach IV-VI szkół podstawowych ” wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniu przesiewowym organizowanym w szkole przez realizatora projektu „Usługi Medyczne B.Nowicka-Danilczuk Sp.J.”. Zapoznałem się z informacją o możliwości kontaktu z Realizatorem programu w celu wyjaśnienia wszelkich wątpliwości.
-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Data_____Podpis_____
<input checked="" type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na otrzymanie wyniku badania przesiewowego mojego dziecka na adres e-mail rodzica/opiekuna prawnego podany powyżej lub na przekazanie karty badania (wyniki badania przesiewowego) poprzez dyrekcję szkoły lub wychowawcę klasy w formie zamkniętej, adresowanej imiennie koperty. Data_____Podpis_____
<input checked="" type="checkbox"/>	W przypadku wykrycia czynników ryzyka nadwagi/otyłości, zgodnie z zasadami opisanymi w regulaminie projektu, wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny na podany powyżej numer w celu ustalenia terminu indywidualnych konsultacji z dietetykiem. Data_____Podpis_____
<input checked="" type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka zgodnie z Ustawą przez Usługi Medyczne B.Nowicka-Danilczuk Sp.J i wyłącznie na potrzeby realizacji projektu „ Walka z nadwagą i otyłością w klasach IV-VI szkół podstawowych ”. Jednocześnie oświadczam, że jestem uprawniona/-y do prawnego reprezentowania dziecka Data_____Podpis_____

*niepotrzebne skreślić