Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji UP

..... (miejscowość, data)	..... (data wpływu)

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA DO PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO W JANKOWEJ

FILIA W BOBOWEJ/SIEDLISKACH/WILCZYSKACH

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	**Tak**	**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:	
miejscowość:		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:	
miejscowość:		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 Bobowa	**Tak**	**Nie**
Czy w/w dziecko korzysta z udziału w świetlicach socjoterapeutycznych lub innych placówkach o podobnym profilu działających na terenie gminy Bobowa	**Tak**	**Nie**
Rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	**Tak**	**Nie**
Rodzina jest pod opieką Ośrodka Pomocy Społecznej	**Tak**	**Nie**
W rodzinie występuje: (proszę zaznaczyć wszystkie występujące powody)	**Tak**	**Nie**
• ubóstwo	**Tak**	**Nie**
• sieroctwo	**Tak**	**Nie**
• bezdomność	**Tak**	**Nie**
• bezrobocie	**Tak**	**Nie**
• niepełnosprawność w tym:	**Tak**	**Nie**
➢ stopień niepełnosprawności znaczny	**Tak**	**Nie**
➢ stopień niepełnosprawności umiarkowany	**Tak**	**Nie**
➢ stopień niepełnosprawności lekki	**Tak**	**Nie**
➢ niepełnosprawność intelektualna	**Tak**	**Nie**
➢ niepełnosprawność sprzężona	**Tak**	**Nie**
• długotrwała lub ciężka choroba	**Tak**	**Nie**
• przemoc w rodzinie	**Tak**	**Nie**
• potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi	**Tak**	**Nie**
• potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietność	**Tak**	**Nie**
• bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego	**Tak**	**Nie**
• trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy	**Tak**	**Nie**

• alkoholizm lub narkomania	**Tak**	**Nie**
• zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa	**Tak**	**Nie**
• klęska żywiołowa lub ekologiczna	**Tak**	**Nie**
Rodzina korzystająca z PO PŻ- Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa	**Tak**	**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	**Tak**	**Nie**
Wychowywanie się dziecka w rodzinie niepełnej (samotna matka, samotny ojciec- rozwód, separacja, śmierć jednego z małżonków)	**Tak**	**Nie**

IV) INFORMACJE DOTYCZĄCE ODBIORU DZIECKA Z PLACÓWKI	
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 - prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego w Jankowej wraz z 3 filiami w Wilczyskach, Bobowej i Siedliskach, w ramach projektu „Mali artyści”

_____ (miejscowość i data)

_____ (podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych do celów rekrutacji w ramach projektu prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego w Jankowej wraz z 3 filiami w Wilczyskach, Bobowej i Siedliskach , w ramach projektu „Mali artyści”

(miejscowość i data) (podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji uczestników projektu, znam kryteria kwalifikacyjne do projektu prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego w Jankowej wraz z 3 filiami w Wilczyskach, Bobowej i Siedliskach , w ramach projektu „Mali artyści” i akceptuję jego brzmienie.

(miejscowość 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.

(miejscowość 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 w Jankowej wraz z 3 filiami w Wilczyskach, Bobowej i Siedliskach w ramach projektu „Mali artyści”

(miejscowość i data) (podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

ZGODA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW NA UDZIAŁ W PROJEKCIE

PROWADZENIE PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO W JANKOWEJ WRAZ Z 3 FILIAMI W WILCZYSKACH, BOBOWEJ, SIEDLISKACHW RAMACH PROJEKTU „MALI ARTYŚCI"

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

_____ (imię i nazwisko dziecka)

w projekcie prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego w Jankowej wraz z 3 filiami w Wilczyskach, Bobowej, Siedliskach, w ramach projektu „Mali artyści" 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

_____ (miejscowość i data)

_____ (podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego w Jankowej wraz z 3 filiami w Wilczyskach, Bobowej i Siedliskach, w ramach projektu „Mali artyści" nr RPMP.09.02.01-12-0160/18 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. Racławicka 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 prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego w Jankowej wraz z 3 filiami w Wilczyskach, Bobowej i Siedliskach, w ramach projektu „Mali artyści" nr RPMP.09.02.01-12-0160/18, 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 Bobowa, ul. Rynek 21, 38-350 Bobowa 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 lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Racławicka 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 Jankowej wraz z 3 filiami w Wilczyskach, Bobowej i Siedliskach przez Urząd Gminy Bobowa z siedzibą przy ul. Rynek 21, 38-350 Bobowa.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celu zbierania moich danych osobowych. Celem gromadzenia danych osobowych jest uczestnictwo w projekcie prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego w Jankowej wraz z 3 filiami w Wilczyskach, Bobowej i Siedliskach, w ramach projektu „Mali artyści".

Zostałem/am poinformowany/a o administratorze danych osobowych, którym jest Urząd Gminy Bobowa z siedzibą przy ul. Rynek 21, 38-350 Bobowa 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.

_____ (miejscowość 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.

(miejscowość 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 artyści".

Powodem rezygnacji jest:

_____

_____

_____

_____

_____ (miejscowość i data)

_____ (podpis rodzica lub opiekuna prawnego)