

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (osoba ucząca się)

**do Projektu „Europejskie doświadczenie cennym dopełnieniem polskiego wykształcenia” o numerze POWERVET- 2020-1-PL01-KA102-079539** w ramach projektu „Międzynarodowa mobilność edukacyjna uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+ **sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe**

### **WYPEŁNIA KANDYDAT**

*Proszę wypełnić drukowanymi literami*

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Kierunek Kształcenia: |  |
| Klasa:                |  |

|  |  |
|--|--|
| Nazwisko i imię / imiona   |  |
| Data i miejsce urodzenia:  |  |
| Pesel  |  |
| Adres zameldowania:<br><i>Ulica, nr domu/mieszkania<br/>Miejscowość, kod pocztowy<br/>Poczta</i> |  |
| Adres zamieszkania:<br><i>Ulica, nr domu/mieszkania<br/>Miejscowość, kod pocztowy<br/>Poczta</i> |  |
| Telefon kontaktowy:  |  |
| Adres email:   |  |
| Obszar miejski/wiejski:  |  |
| Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości.   |  |
| Data wydania   |  |
| Data ważności  |  |

## **WYPEŁNIA RODZIC**

*Proszę wypełnić drukowanymi literami*

|  |  |
|--|--|
| Nazwisko i imię matki/prawnego opiekuna:   |  |
| Telefon kontaktowy <sup>1</sup> :          |  |
| e-mail:                                    |  |
| Nazwisko i imię ojca/prawnego opiekuna:    |  |
| Telefon kontaktowy:                        |  |
| e-mail:                                    |  |
| Adres zamieszkania matki/prawnego opiekuna |  |
| Adres zamieszkania ojca/prawnego opiekuna  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>DANE BANKOWE (uczestnik był posiadaczem (właścicielem) konta bankowego)</b>  |  |
| Pełna, dokładna nazwa banku   |  |
| Adres banku: <i>ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość</i>  |  |
| Numer rachunku bankowego:<br><i>(w przypadku, gdy właścicielem konta nie jest kandydat należy podać imię i nazwisko właściciela oraz stopień pokrewieństwa)</i> |  |
| Dokładna nazwa posiadacza rachunku  |  |

<sup>1</sup> podać z prefixem kraju np. Polska +48

## OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojej córki/syna<sup>2</sup>

.....  
**w projekcie „Europejskie doświadczenie cennym dopełnieniem polskiego wykształcenia” o numerze POWERVET- 2020-1-PL01-KA102-079539** w ramach projektu „*Międzynarodowa mobilność edukacyjna uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+ sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe, który prowadzi ZS nr 2 w Kwidzynie. W przypadku zakwalifikowania się mojej córki/mojego syna do udziału w projekcie zobowiązuję się do: poinformowania Koordynatora Projektu o ewentualnych zmianach ww. danych osobowych, uczestnictwa w spotkaniach informacyjnych i akceptacji regulaminu udziału w Projekcie.

.....  
data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

*do celów rekrutacji i realizacji projektu „Zagraniczne staże dobrym początkiem kariery zawodowej”*

Ja niżej podpisany/a .....(imię i nazwisko)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatną publikację mojego wizerunku we wszelkich materiałach związanych z projektem **Europejskie doświadczenie cennym dopełnieniem polskiego wykształcenia” o numerze POWERVET- 2020-1-PL01-KA102-079539** w ramach projektu „*Międzynarodowa mobilność edukacyjna uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+ sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe przez ZS nr 2 w Kwidzynie w oparciu o art. 6 ust. 1 pkt. b, c i e 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 (RODO);

Informujemy, że posiada Pani/Pan prawo do:

- żądania od ZS nr 2 w Kwidzynie oraz EuroMind z siedzibą w Seville dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
- przenoszenia danych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji Narodowej Agencji Programu Erasmus+ Aleje Jerozolimskie 142A 02 – 305 Warszawa w przypadku wezwania do ich podania.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat obowiązuje beneficjenta przystępującego do projektu, którym jest ZS nr 2 w Kwidzynie.

.....  
data i podpis składającego oświadczenie

.....  
data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

<sup>2</sup> niepotrzebne skreślić

Administrator tych danych z ramienia ZS nr 2 Iwona Grodecka – Trautsolt – koordynator projektu,  
z ramienia firmy Euro Mind – Amelia Wójcik

wzrost  
waga  
kolor oczu  
kolor włosów  
cechy charakterystyczne  
(blizny, znamiona, itp.)

Zdjęcie uczestnika projektu

powinno mieć wymiary maksymalnie **2,7 cm na 3,4 cm**. Zdjęcie powinno być wydrukowane na papierze fotograficznym, twarz na jasnym tle

Ważne informacje dotyczące uczestnika, którymi powinien się podzielić z opiekunem<sup>3</sup>

.....  
.....  
.....  
.....

**Informacja o lekach<sup>4</sup>** przyjmowanych przez ucznia oraz uczuleniach i innych wskazaniach zdrowotnych np. choroba lokomocyjna, bolesne miesiączki, epilepsja, uczulenia na ukąszenia owadów itp.: *(informacja jest niezbędna dla zapewnienia bezpieczeństwa i zdrowia stażysty).*

Niniejszym oświadczam, że dane wpisane w kwestionariuszu są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na udział w dalszych czynnościach rekrutacyjnych oraz zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Udziału w projekcie i akceptuję jego warunki, a także zobowiązuję się do wypełnienia wszystkich dokumentów w trakcie udziału w Projekcie „Europejskie doświadczenie cennym dopełnieniem polskiego wykształcenia”

.....  
data i podpis składającego oświadczenie

.....  
data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

<sup>3</sup> specyficzna dieta, religia, lęki, obsesje, alergie itp.

<sup>4</sup> Leki nawet na ból głowy, brzucha itp. uczeń musi zabrać ze sobą. Opiekun nie ma prawa podawać żadnych leków stażystcie.