TRANSPARENT
20 lat wspieramy sztukę

wpłynęło:

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE
KLINIKA WSPÓLNYCH WYOBRAŻEŃ

Dane uczestnika projektu:

Imię i nazwisko

Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres **zamieszkania**

.....

ulica, numer domu, numer mieszkania

..... - ....

kod pocztowy miejscowość gmina powiat

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

Dane rodzica/opiekuna prawnego zgłaszającego uczestnika:

Imię i nazwisko

Nr telefonu do kontaktu

e-mail: .....

Osoba upoważniona do odbierania uczestnika po zakończeniu zajęć (jeżeli inna niż ww.)

Imię i nazwisko

Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska
Dofinansowane przez Unię Europejską
DOLNY ŚLĄSK

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	**Wybór:**
Osoba obcego pochodzenia	□ tak □ nie, obywatelstwo .....
Osoba państwa trzeciego	□ tak □ nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane takie jak Romowie)	□ tak □ nie □ odmawiam podania informacji
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	□ tak □ nie
Osoba z niepełnosprawnościami	□ tak □ nie □ odmawiam podania informacji
Osoba o specjalnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych, objętych wsparciem	□ tak □ nie

Wykształcenie: uczeń □ tak □ nie	
□	średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)
	ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)
	wyższe (ISCED 5-8)

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	
□	osoba bierna zawodowo:
	osoba bezrobotna
	osoba pracująca

Proszę wskazać swoje specjalne potrzeby dotyczące udziału w projekcie:	**Wybór:**
Alergie pokarmowe, jakie?	□ tak □ nie
Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych	□ tak □ nie
Alternatywne formy materiałów	□ tak □ nie

Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie	□ tak □ nie
Zapewnienie tłumacza języka migowego	□ tak □ nie
Inne:	□ tak □ nie

Oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na udział dziecka w projekcie pt. „**Klinika wspólnych wyobrażeń**", który jest realizowany w ramach Priorytetu nr 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego ma Dolnym Śląsku, Działanie 7.3 Równe szanse, Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
- zapoznałam/em się i akceptuję treść Regulaminu projektu;
- zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji projektu w trakcie i do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie;
- zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją Projektu;
- zostałem poinformowany o sposobie realizacji obowiązku informacyjnego (RODO);
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Rozporządzeniem 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).
  (Zgoda ma charakter dobrowolny. Niewyrażenie zgody wiąże się z brakiem możliwości uczestnictwa w procesie rekrutacyjnym. Zgoda może być cofnięta w każdym momencie, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem);
- wyrażam zgodę na udostępnienie wizerunku dziecka na potrzeby realizacji i promocji projektu;
- wszystkie dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe oraz że poinformowano mnie o prawie dostępu do przetwarzania przez realizatorów projektu danych osobowych wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.
- wyrażam zgodę na wykorzystanie twórczości dziecka w ramach projektu.

....

miejscowość, data *podpis rodzica/opiekuna prawnego*