

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**  
**Nr projektu: RPO.03.01.02-20-0174/15**  
**"NOWE HORYZONTY wiedzy i umiejętności"**

Upzejmie prosimy o czytelne wypełnienie rubryk wielkimi literami i zaznaczenie krzyżykiem odpowiedniego kwadratu													
<b>Dane podstawowe uczestnika projektu</b>													
Nazwisko			Imię (imiona)										
Płeć		<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		Data urodzenia		D	D	M	M	R	R	R	R
Miejsce urodzenia			PESEL										
Klasa		Opinia PPP	TAK / NIE	Orzeczenie o niepełn.	TAK / NIE	Liczba dzieci w rodzinie							
<b>Dane kontaktowe uczestnika projektu</b>													
Ulica			Nr domu / lokalu			/							
Kod pocztowy			Miejscowość										
Powiat			Województwo										
Tel. do kontaktu			Obszar zamieszkania			<input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski							
Adres e-mail													
<b>Zajęcia do wyboru</b>													
Wybierz zajęcia z przedmiotów, w których chciałbyś uczestniczyć. Wpisz je w kolejności ich ważności zaczynając od najważniejszego. Dla każdego przedmiotu napisz ocenę z I semestru bieżącego roku.													
Zajęcia wyrównawcze: <ul style="list-style-type: none"> <li>język angielski</li> <li>chemia</li> <li>fizyka</li> <li>matematyka</li> </ul>						Zajęcia rozwijające (dla zdolnych): <ul style="list-style-type: none"> <li>język angielski</li> <li>biologia</li> <li>chemia</li> <li>fizyka</li> <li>matematyka</li> <li>matematyka (GEOGEBRA)</li> <li>geografia</li> </ul>							
<b>Przedmiot</b>			<b>Ocena</b>			<b>Przedmiot</b>			<b>Ocena</b>				
<b>Zajęcia dodatkowe (do wyboru jedno zajęcia)</b>													
<input type="checkbox"/> piłka siatkowa				<input type="checkbox"/> zajęcia teatralne									
<input type="checkbox"/> zajęcia filmowe													

Zapoznałem/am się i akceptuję warunki określone w Regulaminie Rekrutacji projektu "NOWE HORYZONTY wiedzy i umiejętności".

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem**

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**NOWE HORYZONTY wiedzy i umiejętności**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Kar. Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok
2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „NOWE HORYZONTY wiedzy i umiejętności”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu;
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Narodowemu Forum Doradztwa Kariery w Warszawie, ul. Al. Jerozolimskie 51/9. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPO WP;
5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
6. na prośbę beneficjenta w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi moje aktualne dane teleadresowe, dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
7. na prośbę beneficjenta w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy;
8. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

\_\_\_\_\_  
*miejsowość, data*

\_\_\_\_\_ ✓  
*czytelny Podpis uczestnika/czki projektu*

\_\_\_\_\_ ✓  
*w przypadku osób niepełnoletnich  
podpis Prawnego Opiekuna*