



FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA WARSZTATY IKONOPISARSKIE

Zgłaszam się do uczestnictwa w BEZPŁATNYCH WARSZTATACH IKONOPISARSKICH DLA MŁODZIEŻY organizowanych w ramach projektu pn. „Uruchomienie centrów pracy z młodzieżą w Miejscu Piastowym i Skole – dziedzictwo kulturowe i historyczne regionu rzeszowskiego i lwowskiego jako podstawa wartości edukacyjnych Ojca Bronisława Markiewicza” dofinansowanego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020.

	Lp.	Nazwa	Pola do wypełnienia/zaznaczenia		
Dane uczestniczk /ka	1	Imię / Imiona			
	2	Nazwisko			
	3	Miejsce urodzenia			
	4	PESEL			
	5	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		
Dane kontaktowe	6	Adres (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)			
	7	Gmina			
	8	Powiat			
	9	Nr tel.			
	10	Adres poczty elektronicznej e-mail			
Dane dodatkowe	12	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
	13	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
	15	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

Świadomy/-ma odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń potwierdzam własnoręcznym podpisem, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem



OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt realizowany jest w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020.
2. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w warsztatach ikonopisarskich oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
3. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w warsztatach.
4. Zobowiązuję się do informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych, kontaktowych wpisanym w Formularzu zgłoszeniowym.
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które mogą odbyć się w trakcie projektu.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym tzw. danych wrażliwych, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wsparcia, monitoringu i ewaluacji projektu „Uruchomienie centrów pracy z młodzieżą w Miejscu Piastowym i Skole – dziedzictwo kulturowe i historyczne regionu rzeszowskiego i lwowskiego jako podstawa wartości edukacyjnych Ojca Bronisława Markiewicza”, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez Dom Macierzysty Zgromadzenia Świętego Michał Archanioła w Miejscu Piastowym z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej (Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej Rzeczypospolitej Polskiej). Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania. Przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących informacje wymienione wyżej, przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej Rzeczypospolitej Polskiej lub podmiot przez niego upoważniony 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celów sprawozdawczych z realizacji form wsparcia, w których brałem/em udział oraz monitoringu i ewaluacji.
7. Oświadczam, że zostałem/em poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania oraz zostałem/em poinformowany/a, iż administratorem danych jest Dom Macierzysty Zgromadzenia Świętego Michał Archanioła w Miejscu Piastowym.

.....
data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem



KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Dom Macierzysty Zgromadzenia Świętego Michała Archanioła, ul. Księdza Bronisława Markiewicza 25a, 38-430 Miejsce Piastowe.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: e-mail kaminski@michalita.pl, pocztą na adres Dom Macierzysty Zgromadzenia Świętego Michała Archanioła lub poprzez bezpośredni kontakt w Domu Macierzystym.
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia warsztatów szkoleniowych oraz raportowania działań projektu na podstawie art. 6 ust.1 lit a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 4) Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do otrzymania i przetwarzania danych zgodnie z prawem: Wspólny Sekretariat Techniczny Programu Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020, IZ, Komisja Europejska.
- 5) Dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 lat od daty wypłaty salda końcowego Programu Współpracy Transgranicznej Polska- Białoruś-Ukraina 2014-2020.
- 6) Posiada Pan/Pani prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem.
- 7) Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do Prezesa Ochrony Danych Osobowych.
- 8) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania niezbędnych danych będzie oznaczać brak możliwości przeprowadzenia przez Administratora procedur prawnych i działań organizacyjnych związanych z organizacją warsztatów.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższą Klauzulą informacyjną.

.....
data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem



**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW NA UDZIAŁ DZIECKA
W WARSZTATACH IKONOPISARSKICH DLA MŁODZIEŻY**

organizowanych w ramach projektu pn. „Uruchomienie centrów pracy z młodzieżą w Miejscu Piastowym i Skole – dziedzictwo kulturowe i historyczne regionu rzeszowskiego i lwowskiego jako podstawa wartości edukacyjnych Ojca Bronisława Markiewicza” dofinansowanego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020.

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

Telefon szybkiego kontaktu (do rodzica/opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na udział syna/córki/podopiecznego/podopiecznej*

.....

**w warsztatach ikonopisarskich dla młodzieży
w dniach 11- 17 czerwca 2021 roku w Centrum Kultury i Dziedzictwa „Michael”
w Miejscu Piastowym**

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją, zabiegami operacyjnymi w przypadku zagrożenia życia mojego dziecka przez Organizatora w/wydarzenia.

Jednocześnie informuję, że nie znam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka powyższym wydarzeniu.

Informuję, że syn/córka/ podopieczny/ podopieczna:

- Choruje/nie choruje* na przewlekłe choroby
- Zażywa/nie zażywa* na stałe leki
- Jest uczulony(a)/ nie jest uczulony(a)*
- Dziecko choruje na chorobę lokomocyjną TAK/ NIE*

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA WARSZTATÓW:

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

DATA I MIEJSCE UR.:

TEL/ KOM.:

Prawidłowość powyższych informacji potwierdzam

.....

data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem rodzica/opiekuna prawnego