Załącznik nr 2

**Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania**

**Uwaga:** Należy wypełniać **tylko białe pola**

1. **INFORMACJE O PROJEKCIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer umowy/ decyzji /aneksu** | | **Nazwa beneficjenta** | |
| **POWR.03.05.00-00-Z016/18-03** | | **Akademia Pomorska w Słupsku** | |
| **Tytuł Projektu** | | | |
| „Zintegrowany Program Uczelni – jakość dla rozwoju!” | | | |
| **Okres realizacji Projektu (uzupełnia Personel Projektu)** | | | |
| **Od** | **01.03.2019** | **Do** | **28.02.2023** |

1. **OŚWIADCZENIE STUDENTA/TKI**

**□** Oświadczam, że jestem studentem/tką Akademii Pomorskiej w Słupsku

Rok studiów…………………...

Kierunek………………………………………………………………………………………………

Specjalność………………………………………………………………………………………….

1. **DANE STUDENTA/TKI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj uczestnika** | **Indywidualny** | |
| **Kraj** |  | |
| **Imię** | **Nazwisko** | **PESEL** |
|  |  |  |
| **Brak PESEL** | **□** TAK  **□** NIE | |
| **Płeć** | **Jeżeli brak PESEL proszę podać datę urodzenia** | **Wykształcenie** |
| **□**Kobieta  **□**Mężczyzna |  | **□**ponadgimnazjalne  **□**policealne  **□**wyższe |

1. **DANE KONTAKTOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Województwo** | **Powiat** | **Gmina** |
|  |  |  |
| **Miejscowość** | **Ulica** | **Poczta** |
|  |  | |
| **Nr budynku** | **Nr lokalu** | **Kod pocztowy** |
|  |  |  |
| **Telefon kontaktowy** | **Adres e-mail** | |
|  |  | |

1. **SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data rozpoczęcia udziału w Projekcie  (uzupełnia Personel Projektu)** | | **Data zakończenia udziału w Projekcie (uzupełnia Personel Projektu)** |
|  | |  |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu** | | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu** | * osoba bierna zawodowo * osoba pracująca | |
| **Osoba pracująca w:** | * administracji rządowej * administracji samorządowej * inne * MŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo, zatrudniające poniżej 250 pracowników) * w organizacji pozarządowej * w dużym przedsiębiorstwie (zatrudniające powyżej 250 pracowników) * prowadząca działalność na własny rachunek | |
| **Zatrudniona w:** | * ……………………………………………………………………………………………… * nie dotyczy | |
| **Wykonywany zawód:** | * instruktor praktycznej nauki zawodu * instruktor kształcenia ogólnego * nauczyciel wychowania przedszkolnego * nauczyciel kształcenia zawodowego * pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej * pracownik instytucji rynku pracy * pracownik instytucji szkolnictwa wyższego * pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej * pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej * pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej * rolnik * inny | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | * TAK * NIE * Odmawiam podania danych | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | * TAK * NIE | |
| **Osoba niepełnosprawna** | * TAK * NIE * Odmawiam podania danych | |
| **Osoba przebywająca  w gospodarstwie domowym bez osób pracujących** | * TAK * NIE | |
| **w tym:** *w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu* | * TAK * NIE | |
| **Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** | * TAK * NIE | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)** | * TAK * NIE * Odmawiam podania danych | |

1. **OŚWIADCZAM, ŻE:**

* zostałem/łam poinformowany(a), że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa;
* zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, dotyczących mojego statusu społecznego (w tym niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej);
* zostałem/-am poinformowany/a, iż administratorem moich danych osobowych w ramach realizacji Projektu „Zintegrowany Program Uczelni – jakość dla rozwoju!” jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, a także zostałem/-am poinformowana o zakresie przetwarzania danych osobowych oraz komu moje dane osobowe zostały powierzone. Jednocześnie zobowiązuję się do pisemnego informowania o zmianie danych osobowych, a także jestem świadomy/-a ponoszenia wszelkich skutków zaniechania tego obowiązku;
* zostałem/łam poinformowany/a, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym wprowadzane   
  są do systemu SL2014, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach EFS oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych;
* wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku   
  o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 2018 poz. 1191 r. z późn. zm.) do celów promocyjnych, na przykład w opracowanych raportach, biuletynie;
* wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych lub innych badaniach ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu;
* zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą   
  lub zatajenie prawdy i jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych   
  z prawdą wynikającej z art. 233, 271 i art. 297 Kodeksu karnego ([Dz. U. 2018 poz. 1600](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001600) z późn. zm.).

Słupsk,………………………………………..………………………………………..

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU