



Projekt finansowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027	
Nazwa Projektu	Wybieram przyszłość zawodową – edycja II
Nr projektu:	FEPM.05.08-IZ.00-0090/23

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

.....

(pieczęć placówki oświatowej)

Deklaracja uczestnictwa dla nauczyciela / nauczycielki

w Projekcie „Wybieram przyszłość zawodową – edycja II” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027

Dane nauczyciela / nauczycielki

Imię i nazwisko:.....

Zamieszkała/y:.....

PESEL¹:

1. Oświadczam, że w momencie rozpoczęcia udziału w działaniach w ramach Projektu spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie, tzn. jestem nauczycielem/nauczycielką w szkole:

.....
.....

wpisać nazwę i adres szkoły z terenu Powiatu Starogardzkiego

2. Zostałem/zostałam poinformowany/a o tym, że koszt uczestnictwa w Projekcie „Wybieram przyszłość zawodową – edycja II” współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027.

¹ W przypadku braku PESEL – seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość



3. Zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w zajęciach organizowanych w ramach Projektu i brania udziału w badaniach ankietowych dotyczących rezultatów Projektu.
4. Oświadczam, że znane mi są zasady udziału w Projekcie oraz Regulamin rekrutacji i uczestnictwa, który akceptuję.
5. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
6. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji uczestnictwa w Projekcie są zgodne z prawdą.
7. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
8. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na nieodpłatne wykorzystanie i publikację mojego wizerunku wraz z imieniem i nazwiskiem utrwalonego podczas realizacji Projektu na zdjęciach, filmach i/lub spotach promocyjnych przez Powiat Starogardzki, ul. Kościuszki 17, 83-200 Starogard Gdański i Szkoły zaangażowane w realizację Projektu oraz Zarząd Województwa Pomorskiego, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk (w całości i we fragmentach) dla potrzeb monitoringu, ewaluacji i promocji projektu zgodnie z przepisami ustawy z dnia 04.02.1994r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1254 z późn. zm.) Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie i powielenie wykonanych zdjęć w dowolnej formie, dowolnymi metodami, za pomocą dowolnych technik, w tym ich zwielokrotnienie w dowolnym celu zgodnym z obowiązującymi przepisami, nie wyłączając publikacji w gazetach, czasopiśmie, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych, billboardach, wystawach, konkursach i innych mediach. Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o celu wykorzystania mojego wizerunku.

W poniższej ankiecie danych osobowych na potrzeby systemu CST2021 należy zaznaczyć jedną z odpowiedzi stawiając znak „x”

Osoba obcego pochodzenia (każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów).	☐ tak	☐ nie
Osoba państwa trzeciego (pochodząca z kraju innego niż: Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Włochy).	☐ tak	☐ nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane). Zgodnie z prawem krajowym	☐	☐ odmowa podania



to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.	tak	nie	informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	☐ tak		☐ nie
Osoba z niepełnosprawnościami.	☐ tak	☐ nie	☐ odmowa podania informacji

Jeśli jesteś osobą ze specjalnymi potrzebami, na przykład osobą z niepełnosprawnością prosimy o podanie zakresu specjalnych potrzeb, udogodnień, które moglibyśmy zapewnić w związku z uczestnictwem w Projekcie:

.....

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis nauczyciela/nauczycielki

Wypełnia Beneficjent (Powiat starogardzki)

Data rozpoczęcia udziału we wsparciu:	Rodzaj wsparcia:	Uwagi: