**Załącznik nr 8**

**Formularz Uczestnika projektu**

W związku z Twoim zakwalifikowaniem się na staże uczniowskie realizowane w projekcie „Akcja staż! Wsparcie szkolnictwa zawodowego poprzez organizację staży uczniowskich w ZS nr 6” musisz czytelnie wypełnić poniższą tabelę. W przypadku, gdy nie ukończyłeś/ukończyłaś jeszcze 18 lat dokument MUSI być podpisany przez Ciebie, ale także przez Twojego rodzica lub opiekuna prawnego. Wypełnij tylko białe pola.

*Podmiot realizujący zobowiązuje się do zapewnienia* ***poufności danych osobowych*** *przetwarzanych w związku z realizacją projektu, w szczególności do tego, że nie będzie przekazywać, ujawniać i udostępniać tych danych osobom nieuprawnionym.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa pola** | | | **Twoje dane:** | | | |
|  | **Szkoła:** | | |  | | | |
| 1 | Imię | | |  | | | |
| 2 | Nazwisko | | |  | | | |
| 3 | Nr telefonu |  | | E-mail |  | | |
| 4 | PESEL |  | | Data urodzenia |  | Wiek w latach |  |
| 5 | Kraj pochodzenia | | |  | | | |
| 6 | Płeć: | | | * Kobieta * Mężczyzna * Inne * Nie chcę odpowiadać | | | |
| Płeć wg aktu urodzenia: | | | * Kobieta * Mężczyzna | | | |
| 7 | Proponowane miejsce stażu (wypełniamy, jeśli jest wybrane) | | Pełna nazwa: | | | | |
| Adres: | | | | |
| Telefon: | | | | |
| e-mail: | | | | |
| 8 | Nr tel. do rodzica/opiekuna prawnego | | |  | | | |
| 9 | Województwo |  | | | | | |
| 10 | Powiat |  | | Gmina |  | | |
| 11 | Kod pocztowy |  | | Miejscowość |  | | |
| 12 | Ulica |  | | | | | |
| Nr budynku |  | | Nr lokalu |  | | |
| 13 | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | | |  | | | |
| 14 | Wykształcenie |  | | | | | |
| 15 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | TAK / NIE / ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI | | | |
| 16 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | TAK / NIE | | | |
| **17** | Osoba z niepełnosprawnościami | | | TAK / NIE / ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI | | | |
| **18** | Opinia lub orzeczenie Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej (SPE) | | | TAK / NIE / ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI | | | |
| 19 | Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) | | | TAK / NIE / ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI | | | |
| **21** | Nr konta, na które należy przekazywać stypendium stażowe | | |  | | | |
| **22** | Nazwa Banku | | |  | | | |

Oświadczenia (w przypadku niezgodności z którymś z poniższych zapisów oświadczeń prosimy o jego skreślenie):

* Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem projektu, akceptuję jego zapisy i deklaruję swój udział w projekcie.
* Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą. Zgodnie z art. 233 §6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 533 z późn. zm.) osoba, która składa fałszywe oświadczenie i została uprzedzona o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
* Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze Standardem realizacji projektu, a w tym z Kartą Praw Podstawowych, Konwencją ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, Zasadą równości kobiet i mężczyzn, Zasadą równości szans i niedyskryminacji oraz Zasadą zrównoważonego rozwoju i deklaruję zapisy tych dokumentów stosować w projekcie
* Oświadczam, że zapoznałem/łam się z zasadami rozliczania i ewidencji w projekcie.
* Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Formularzem klauzuli informacyjnej IZ (Zał. 3) i Informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych w projekcie przez Wnioskodawcę (Zał. 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data | Czytelny podpis ucznia/uczennicy | Podpis rodzica/opiekuna prawnego  (uczeń/uczennica niepełnoletni/a) |

**Załącznik nr 9**

**OŚWIADCZENIE**

**O WYRAŻENIU ZGODY NA UTRWALENIE I ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU i MATERIAŁÓW**

Ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zamieszkała/y w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posiadający/a numer PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zwany dalej Uczestnikiem/Uczestniczką Projektu, oświadczam, że udzielam:

1. beneficjentowi projektu „Akcja staż! Wsparcie szkolnictwa zawodowego poprzez organizację staży uczniowskich w ZS nr 6”, to jest **Miastu Jastrzębie-Zdrój** z siedzibą w Jastrzębiu-Zdroju przy Al. Piłsudskiego 60 oraz
2. Podmiotom realizującym projekt, to jest **Zespół Szkół Nr 6 im. Króla Jana III Sobieskiego,** ul. Harcerska 12, 44-335 Jastrzębie-Zdrójoraz instytucjonalnym koordynatorom projektu, tj. BLUEFORM Marcin Kozłowski, ul. Armii Krajowej 25 w Jastrzębiu-Zdroju i Stowarzyszenie „EBI Association”, ul. Armii Krajowej 25 w Jastrzębiu-Zdroju

zwanym dalej „Upoważnionymi”, zezwolenia (zgody) na utrwalenie i rozpowszechnianie mojego wizerunku, zwanych dalej **„Wizerunkiem”**, na zasadach i w sposób określony w niniejszym oświadczeniu oraz moich wypowiedzi, opinii, prac podczas stażu i (nie dotyczy upublicznienia Formularza zgłoszeniowego w formie umożliwiającej odczyt treści), zwanych dalej łącznie **„Materiałami”**.

**Zakres upoważnienia:** Niniejsza zgoda upoważnia Upoważnionych do utrwalania, obróbki, powielania i rozpowszechniania Wizerunku i Materiałów w celach informacyjnych i promocyjnych Projektu poprzez ich udostępnienie w szczególności w celu zamieszczenia ich w mediach zewnętrznych i wewnętrznych Upoważnionego, w materiałach drukowanych w związku z prowadzoną przez Upoważnionego realizacją Projektu. Uczestnik/czka Projektu upoważnia Upoważnionych, bez jakiejkolwiek dla niego/niej rekompensaty, zarówno podczas udziału w Projekcie, jak i w dowolnym czasie po jego zakończeniu, do używania i udzielania w celach niekomercyjnych, swojego wizerunku, nazwiska, głosu, słów do nagrań telewizyjnych, radiowych, dla potrzeb filmu, prasy lub nagrań dla innych mediów i w każdej innej formie, dla celów promocji i propagowania celów i działalności Upoważnionego. Utrwalanie, obróbka i powielanie Wizerunku oraz Materiałów może zostać zrealizowane w sposób cyfrowy oraz technikami drukarskimi. Wizerunek i Materiały mogą być przekazane do Państwa trzeciego, ale na zasadach określonych przepisami prawa.

**Zmiany i modyfikacje:** Celem umożliwienia rozpowszechnienia Wizerunku i Materiałów w celach, w sposób i na zasadach określonych w niniejszym Oświadczeniu wyrażam także zgodę na dokonanie przez Upoważnionego, samodzielnie lub za pośrednictwem osób trzecich, zmian i modyfikacji Wizerunku i Materiałów, niezbędnych do jego rozpowszechniania, a polegających na jego obróbce graficznej (retusz, korekta tekstu, zmiana kadrowania i inne tym podobne modyfikacje) oraz na wkomponowaniu Wizerunku i Materiałów w inne utwory, w tym artykuły, z zastrzeżeniem, że te zmiany i modyfikacje nie mogą zniekształcać Wizerunku i Materiałów. Zmiany i modyfikacje dokonane na zasadach określonych w zdaniu poprzednim nie wymagają odrębnego zatwierdzania przez moją osobę.

**Osoby trzecie:** W związku z korzystaniem lub rozpowszechnianiem przez Upoważnionego z Wizerunku i Materiałów, Upoważniony może w zakresie i na warunkach określonych w niniejszym oświadczeniu udzielać osobom trzecim zgody na korzystanie lub rozpowszechnianie Wizerunku i Materiałów, w szczególności Instytucji Zarządzającej (tj. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data | Czytelny podpis ucznia/uczennicy | Podpis rodzica/opiekuna prawnego  (uczeń/ uczennica niepełnoletni/a) |