

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do Projektu: *INNOWACJE NA WYSPACH BRYTYJSKICH*
Nr Projektu: 2019-1-PL01-KA102-063376, w ramach Programu Erasmus Plus,
sektor: Kształcenie i Szkolenia Zawodowe, Akcja 1: Mobilność Edukacyjna

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza

Dane podstawowe kandydatki/kandydata	
Imię	
Nazwisko	
Płeć	
PESEL	
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	
Obywatelstwo	
Adres zamieszkania (<i>ulica, kod pocztowy, miasto</i>)	
Telefon kontaktowy	
Email	
Imiona i nazwisko rodziców/opiekunów Telefon kontaktowy do rodziców/opiekunów	
Imiona i nazwisko rodziców/opiekunów Telefon kontaktowy do rodziców/opiekunów	
Informacje o kandydatce/kandydacie	
Zawód, w którym kształci się uczeń	
Szkoła i Klasa	
Nazwisko i imię wychowawcy	
Liczba ukończonych lat kształcenia zawodowego	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych zawartych w formularzu dla celów rekrutacji do Projektu oraz udziału ucznia w Projekcie po zakwalifikowaniu się do niego. Przetwarzanie powierzonych danych osobowych będzie odbywało się z poszanowaniem obowiązujących przepisów RODO:



Erasmus+

Niniejszym, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) Rozporządzenia 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 (dalej zwanym „RODO” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla celów rekrutacji do projektu realizowanego ze środków Programu Erasmus+ sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe. Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do systemów informatycznych, zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) RODO.

Administratorem Danych Osobowych (zwanym dalej „ADO”) jest Fundacja „Efekt Motyla” z siedzibą w Kielcach, ul. Karola Szymanowskiego 3/58, 25-361 Kielce oraz podmiot, który uczestniczy w realizacji projektu- Zespół Szkół Ponadpodstawowych Nr 3 w Końskich.

Szkoła: Zespół Szkół Ponadpodstawowych Nr 3 w Końskich wyznaczyła osobę odpowiedzialną za zapewnienie przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, z którą można skontaktować się pod adresem e-mail: suport@inbase.pl.

Wnioskodawca: Fundacja „Efekt Motyla” wyznaczyła osobę odpowiedzialną za zapewnienie przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, z którą można skontaktować się pod adresem e-mail : od@fundacjaefektmotyła.pl

Ponadto zgodnie z art. 15-21 oraz art. 77 RODO przysługuje osobie uczącej się prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia (jeśli pozwalają na to przepisy prawa) lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, a także prawo do przenoszenia danych.

Dane nie będą przekazywane do państwa pozostającego poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (tzw. państwa trzeciego) lub organizacji międzynarodowej.

Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu spełnienia wymogów prawnych związanych ze wspomnianym projektem.

Dane będą przetwarzane przez okres wynikający z odrębnych przepisów prawa.

.....

miejsce i data

.....

miejsce i data

.....

podpis kandydatki/kandydata

.....

podpis rodzica/opiekuna

ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW
na wyjazd ucznia na praktyki zawodowe za granicę

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki(podopiecznego/ej):
..... ur....., na udział w Projekcie:

INNOWACJE NA WYSPACH BRYTYJSKICH, Nr Projektu: 2019-1-PL01-KA102-063376,
realizowanego w ramach programu Erasmus Plus, sektor: Kształcenie i Szkolenia
Zawodowe, Akcja 1: Mobilność edukacyjna osób uczących się i kadry.

Rekrutacja uczestników przeprowadzana będzie w formie Konkursu. W ramach Projektu uczniowie wyjadą w grupie 19 osobowej na 3-tygodniowe praktyki zawodowe do Wielkiej Brytanii. W Wyjeździe weźmie udział w sumie 19 uczniów oraz 2 opiekunów dorosłych.

Praktyki odbędą się w czerwcu 2020 roku* w Portsmouth (Wielka Brytania).

* Planowane terminy mogą ulec zmianom w zależności od dostępnych połączeń lotniczych lub z innych ważnych przyczyn.

Udział w Projekcie jest całkowicie bezpłatny –wszystkie koszty pokrywa w całości program unijny ERASMUS PLUS.

.....
/imię i nazwisko rodziców /opiekunów

Data: Podpis rodzica/opiekuna.....

Informacje rodziców/opiekunów na temat zdrowia uczestnika

Projektu Erasmus Plus:

„INNOWACJE NA WYSPACH BRYTYJSKICH” ,

Numer Projektu: 2019-1-PL01-KA102-063376,

Nazwisko i imię ucznia

Data urodzenia

Numer PESEL

Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? (jakie?)

.....

Czy dziecko ma alergię? Na
co?).....

Czy dziecko przyjmuje leki? (jakie?)

.....

Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? (jakiej?)

.....

Uwagi rodziców/opiekunów:

.....

.....
/imię i nazwisko rodziców /opiekunów

Data: Podpis rodzica/opiekuna.....

Data Podpis higienistki szkolnej/lekarza.....

**Zgoda rodziców / opiekunów uczestnika Projektu na leczenie, badania ambulatoryjne
oraz podawanie leków
w razie konieczności podczas pobytu na stażu w Wielkiej Brytanii.**

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego, psychicznego lub
zagrożenia życia mojego syna/córki (podopiecznego/ej):

..... Ur.....,
zam.....

biorącej / biorącego udział w Projekcie: „**INNOWACJE NA WYSPACH BRYTYJSKICH**”,

Numer Projektu: 2019-1-PL01-KA102-063376,

realizowanego w ramach programu Erasmus Plus Mobilność Edukacyjna osób
uczących się i kadry w ramach kształcenia zawodowego, (.), wyrażam zgodę :

- na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
- na zabiegi diagnostyczne, zabiegi chirurgiczne i operacyjne, znieczulenie miejscowe, narkozę,
- na konsultację psychiatryczną i psychologiczną,
- na leczenie stomatologiczne,
- na podawanie przez opiekunów z ramienia szkoły leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka w Wielkiej Brytanii.

.....
/imię i nazwisko rodziców /opiekunów/

.....
/adres/

.....
/telefon/

.....
data podpis rodziców / opiekunów



ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU uczestnika Projektu (uczestnik niepełnoletni)

Ja, zamieszkały
w....., legitymujący się dowodem osobistym o numerze i
serii, posiadający numer PESEL udzielam
niniejszym zezwolenia na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka/osoby
niepełnoletniej będącej pod moją opieką prawną:
..... podczas realizacji zadań w związku z
uczestnictwem w projekcie Erasmus Plus : „*INNOWACJE NA WYSPACH BRYTYJSKICH*”,
Numer Projektu: 2019-1-PL01-KA102-063376.

Zezwolenie niniejsze obejmuje wykorzystanie wizerunku (zdjęć i innych materiałów) w
dowolnych mediach oraz w innych materiałach, na dowolnym polu eksploatacji i nie jest
ograniczone czasowo ani terytorialnie.

.....
data

.....
podpis rodzica/opiekuna



ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

uczestnika Projektu (uczestnik pełnoletni)

Ja, zamieszkały
w, legitymujący się dowodem osobistym o numerze i
serii, posiadający numer PESEL
..... udzielam niniejszym zezwolenia na rozpowszechnianie mojego
wizerunku w związku moim uczestnictwem w projekcie Erasmus Plus : „*INNOWACJE NA
WYSPACH BRYTYJSKICH*”, Numer Projektu: 2019-1-PL01-KA102-063376. Zezwolenie niniejsze
obejmuje wykorzystanie mojego wizerunku (zdjęć i innych materiałów) w dowolnych
mediach oraz w innych materiałach, na dowolnym polu eksploatacji i nie jest ograniczone
czasowo ani terytorialnie.

.....

data

.....

podpis uczestnika