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