**Załącznik nr 1**

**do Regulaminu Rekrutacji uczniów**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do Projektu:** **„Europejskie Możliwości Edukacyjno - Zawodowe”,**

**nr Projektu: 2023-1-PL01-KA121-VET-000139463,**

**w ramach Programu Erasmus Plus, sektor: Kształcenie i Szkolenia Zawodowe, Akcja 1: Mobilność Edukacyjna**

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza najlepiej **NA KOMPUTERZE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane podstawowe kandydatki/kandydata** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Obywatelstwo |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Email |  |
| 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 |  |

Informuję, że zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji uczniów oraz informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych.

…………………………………….……. ..................................................

miejscowość i data podpis kandydata

…………………………………….……. ..................................................

miejscowość i data podpis rodzica/opiekuna

**Załącznik nr 2**

**do Regulaminu Rekrutacji uczniów**

**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: **„Europejskie Możliwości Edukacyjno - Zawodowe”, nr projektu: 2023-1-PL01-KA121-VET-000139463** 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.

Praktyki odbędą się w 2024 r. i planowane są w terminie: maj / czerwiecroku.

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

…………………………………………..………..............................

/imię i nazwisko rodziców /opiekunów/

Data: …………………... Podpis rodzica/opiekuna………………................................................

**Informacja na temat przetwarzania danych osobowych**

Informujemy, że zasady ochrony prywatności uczestników Projektu **„Europejskie Możliwości Edukacyjno - Zawodowe”, nr projektu: 2023-1-PL01-KA121-VET-000139463”** opisano w Regulaminie Rekrutacji uczniów. Poniższy komunikat dotyczy zasad przetwarzania danych osobowych Pani / Pana, a więc, opiekunów prawnych uczestników.

Zawiadamiamy, że informacje zawarte w Pani / Pana oświadczeniu są chronione prawem - to tzw. dane osobowe (w rozumieniu art. 4 ust. 1 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 (RODO)). W związku z powyższym, prosimy zapoznać się z poniższą informacją:

1. Administrator danych osobowych
2. Administratorem Pani / Pana danych jest CWRKDiZ w Pile (dalej: Administrator).
3. Z Administratorem można kontaktować się listownie pisząc na adres: ul. Bydgoska 21,   
   64-920 Piła, poprzez e-mail: sekretariat@cwrkdiz.pila.pl lub telefonicznie dzwoniąc pod numer: 673070005.
4. Inspektor Ochrony Danych
5. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych (dalej: IOD).
6. Z IOD można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych wysyłając e-mail na: [iod@cwrkdiz.pila.pl](mailto:iod@cwrkdiz.pila.pl) lub pisząc na adres siedziby Administratora.
7. Pani / Pana dane gromadzone są wyłącznie w celach dowodowych, a więc, aby wykazać, że Pani / Pana podopieczni biorą udział w Programie za Pani / Pana zgodą.
8. Podstawą prawną takiego wykorzystania dotyczących Pani / Pana danych jest niezbędność tych działań   
   do realizacji obowiązku wynikającego z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO). Źródłem omawianego obowiązku prawnego są postanowienia Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, ze szczególnym uwzględnieniem art. 15 i 17.
9. Pani / Pana oświadczenia będą przechowywane przez okres, przez jaki przetwarzane będą dane Pani / Pana podopiecznych, zgodnie z postanowieniem zaakceptowanego regulaminu. Będzie to okres nie dłuższy niż 6 lat.
10. W przetwarzaniu będą uczestniczyły podmioty działające pod nadzorem i w imieniu Administratora:
    1. Dostawca poczty elektronicznej (jeżeli Państwa oświadczenia zostaną do nas przesłane pocztą elektroniczną).
    2. Podmiot świadczący usługę administracji infrastrukturą informatyczną.
11. Przysługujące Pani / Panu prawa:
    1. Prawo dostępu do treści swoich danych oraz otrzymania ich kopii.
    2. Prawo do sprostowania (poprawienia) danych.
    3. Prawo do usunięcia danych (wyłącznie w następstwie skutecznego sprzeciwu wobec przetwarzania).
    4. Prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych.
    5. Prawo do cofnięcia wyrażonej przez Panią / Pana zgody.
12. Prawo wyrażenia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych osobowych Państwa dzieci.
13. Prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku podejrzenia,   
    że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa dotyczące ochrony danych osobowych).
14. Decyzje podejmowane w oparciu o Pani / Pana dane nie zapadają w sposób zautomatyzowany.
15. Pani / Pana zgoda jest w pełni dobrowolna, ale konieczna do wzięcia udziału Pani / Pana podopiecznej / podopiecznego w Programie.
16. Pani / Pana zgoda dotycząca udostępnienia wizerunku uczestnika Programu jest dobrowolna i nie ma wpływu na uczestnictwo w Programie.

Data: …………………... Podpis rodzica/opiekuna………………................................................

**Załącznik nr 3**

**do Regulaminu Rekrutacji uczniów**

**Informacje rodziców/opiekunów na temat zdrowia uczestnika**

**Projektu Erasmus Plus****: „Europejskie Możliwości Edukacyjno - Zawodowe”,**

**nr projektu: 2023-1-PL01-KA121-VET-000139463**

Nazwisko i imię ucznia …………………………………………………………………………

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: …......................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Zaświadczam niniejszym o braku przeciwwskazań zdrowotnych na udział ucznia w praktykach za granicą.**

…………………………………………..………..............................

/imię i nazwisko rodziców /opiekunów/

Data: …………………... Podpis rodzica/opiekuna………………................................................