

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

pt. „Musimy się...” Program profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży
w powiecie pułtuskim nr 052/13/14, realizowanego przez powiat pułtuski
w ramach Programu PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, finansowanym
ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz budżetu państwa.

Formularz prosimy wypełnić drukowanymi literami, a pola wyboru zaznaczyć “X”

I. DANE UCZESTNICZKI / UCZESTNIKA PROJEKTU:

Pedagog/Nauczyciel
(Nazwa i adres szkoły/przedszkola, w której zatrudniony jest pedagog/nauczyciel)

.....
Kierujący zajęciami dla (wypełnia nauczyciel):

Dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym uczniów klas 0-3
 uczniów klas 4 – 6 uczniów gimnazjum uczniów szkół ponadgimnazjalnych

Rodziec/Opiekun prawny

dziecka objętego wychowaniem przedszkolnym ucznia klasy 0-3
 ucznia klasy 4 – 6 ucznia gimnazjum ucznia szkół ponadgimnazjalnych

.....
(Nazwa i adres szkoły/przedszkola, w której uczy się dziecko uczestnika projektu)

Dziecko/uczeń

dziecko objęte wychowaniem przedszkolnym uczeń klasy 0-3
 ucznia klasy 4 – 6 ucznia gimnazjum ucznia szkół ponadgimnazjalnych

.....
(Nazwa i adres szkoły/przedszkola, do której/go uczęszcza uczeń/dziecko)

Dane uczestniczki / uczestnika	1.	Imię (Imiona) i Nazwisko	
	2.	PESEL, Data urodzenia	
	3.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	4.	Kod pocztowy, Miejscowość, Ulica, Nr domu/lokalu <i>Należy podać adres zamieszkania, tzn. taki adres, który umożliwi dotarcie do tej osoby w przypadku kiedy zostanie ona wylosowana do udziału w badaniu ewaluacyjnym.</i>	
	5.	Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
	6.	Województwo, Powiat	
	7.	Telefon stacjonarny <i>Należy podać numer telefonu kontaktowego, tzn. taki, który umożliwi dotarcie do tej osoby w przypadku kiedy zostanie ona wylosowana do udziału w badaniu ewaluacyjnym.</i>	
	8.	Telefon komórkowy (j.w.)	
	9.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

II. FORMY WSPARCIA:

FORMA WSPARCIA	
1. DLA PEDAGOGÓW I NAUCZYCIELI	
[]	Szkolenia z zakresu zapobiegania agresji, prowadzenia interwencji kryzysowej, podstaw socjoterapii i oddziaływania psychoedukacyjnego, warsztaty focusowe (zogniskowany wywiad grupowy)
[]	SUPERWIZJA
2. DLA RODZICÓW DZIECI I MŁODZIEŻY SZKOLNEJ	
[]	Grupowe warsztaty psychoedukacyjne dla rodziców dzieci i młodzieży szkolnej
3. DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	
[]	Trening umiejętności społecznych, zajęcia socjoterapeutyczne warsztaty psychoedukacyjne
[]	Wyjazdy integracyjno - profilaktyczne

III. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

1. Deklaruję udział w projekcie pt. „Musimy się...” Program profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży w powiecie pułtuskim nr 052/13/14, realizowanym przez powiat pułtuski w ramach Programu PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, finansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz budżetu państwa.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawiające do udziału w projekcie, zamieszczone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w działaniach profilaktycznych projektu „Musimy się...” Program profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży w powiecie pułtuskim oraz że zapoznałem/am się z niniejszym Regulaminem i akceptuję jego warunki.
3. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie mojego wizerunku w działaniach informacyjno - promocyjnych związanych z realizacją w/w projektu.
4. Zobowiązuję się do wypełniania dokumentów dostarczonych przez personel zarządzający i merytoryczny projektu oraz wzięcia udziału w badaniu ewaluacyjnym po zakończeniu projektu, w przypadku wylosowania mnie do udziału w badaniu.

IV. OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:
- 1) Administratorem tak zebranych danych osobowych jest Powiat Pułtuski, reprezentowany przez Zarząd Powiatu w Pułtusku, ul. Białowiejska 5, 06-00 Pułtusk.
 - 2) Moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji niniejszego projektu, ewaluacji, kontroli, monitoringu lub promocji Projektu, Programu Operacyjnego PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu prowadzonych przez Operatora Programu, Krajowy Punkt Kontaktowy lub inne jednostki działające na zlecenie Operatora Programu.
 - 3) Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji niniejszego projektu, ewaluacji, kontroli, monitoringu lub promocji Projektu, Programu Operacyjnego PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu prowadzonych przez Operatora Programu, Krajowy Punkt Kontaktowy lub inne jednostki działające na zlecenie Operatora Programu.
 - 4) Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
 - 5) Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Jednocześnie oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą oraz że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

....., dnia.....

.....
Czytelny popis uczestnika projektu

.....
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

UWAGA: W przypadku osoby niepełnoletniej formularz powinien zostać podpisany przez jej rodzica/ prawnego opiekuna.