**Formularz zgłoszeniowy nauczyciela do projektu**

**”Przedszkolak ASD”**

|  |
| --- |
| **Oś Priorytetowa: 8 Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo****Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do wysokiej jakości edukacji przedszkolnej oraz kształcenia podstawowego, gimnazjalnego i ponadgimnazjalnego,****Poddziałanie: 8.3.1 Upowszechnianie i wzrost jakości edukacji przedszkolnej** **na postawie umowy o dofinansowanie projektu nr RPSW.08.03.01-26-0007/20-00**1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK lub NIE DOTYCZY. 2. W przypadku jakichkolwiek skreśleń, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia) a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.  |
| ***Dane uczestnika*** |
|  | **Imię** |  |
|  | **Nazwisko** |  |
|  | **Pesel** |  |
|  | **Płeć** | kobieta / mężczyzna[[1]](#footnote-2) |
|  | **Data urodzenia** | DZIEŃ – MIESIĄC - ROK |
|  | **Osoba z niepełnosprawnością** |  Tak Nie  |
| ***Posiadane kwalifikacje***  |
|  | **Kurs kwalifikacyjny z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z autyzmem.** |    Tak Nie |
|  | **Kurs kwalifikacyjny z zakresu oligofrenopedagogiki.** |   Tak Nie |
|  | **Kurs kwalifikacyjny z zakresu integracji sensorycznej.** |   Tak Nie |
|  | **Wychowawstwo grupy przedszkolnej** |   Tak Nie  |
| ***Dane kontaktowe*** |
|  | **Kraj** |  |
|  | **Województwo** |  |
|  | **Powiat** |  |
|  | **Gmina** |  |
|  | **Miejscowość** |  |
|  | **Ulica** |  |
|  | **Nr budynku** |  | **Nr lokalu** |  |
|  | **Kod pocztowy** |  |
|  | **Obszar** | miejski / wiejski[[2]](#footnote-3) |
|  | **Telefon kontaktowy** |  |
|  | **Adres e-mail** |  |
| 1. **Oświadczam, że wyrażam chęć uczestnictwa w następujących formach wsparcia:**
 |
| 1.
2. Szkolenie z wykorzystania metody PECS
3. Szkolenie z zakresu karmienia terapeutycznego
4. Szkolenia z zakresu - Diagnoza ADOS II
5.
6. Szkolenie „Terapia ręki”
7. Szkolenie z sensoplastyki - Trener kreatywnego wczesnego rozwoju

  |

 Zgodnie z art. 13 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
 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

**informuję, że**:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
2. a ) Stowarzyszenie Wiedza i Rozwój z siedzibą w Lipowym Polu Skarbowym ul. Wesoła 2;
 26-115 Skarżysko Kościelne, tel.: 512 280 760, mail : stowarzyszenie.wiedzairozwoj@interia.pl
3. b) Minister właściwy do spraw teleinformatycznych wspierający realizację programów operacyjnych –
 Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w Warszawie, przy ulicy Wspólna 2/4,
 00-926 Warszawa – w zakresie danych osobowych gromadzonych w ramach zbioru SL2014
4. c) Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej,
 ul. IX wieków Kielc 3, 25-516 Kielce – zbiór w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego
 Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Stowarzyszeniu Wiedza i Rozwój możliwy jest pod numerem tel. 607 052 753 lub adresem e-mail: rog.agnieszka.lps@gmail.com

1. Dane osobowe uczestników projektu będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań Stowarzyszenia Wiedza i Rozwój w tym celów określonych w projektach UE.
2. Dane osobowe uczestników projektów przechowywane będą do czasu rozliczenia projektu
pn. „Przedszkolak ASD” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
3. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
4. Uczestnikom/Uczestniczkom projektów przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest dobrowolne
ze względu na udział w rekrutacji do projektu pn. „Przedszkolak ASD”

Skarżysko-Kamienna, data ………………………………………

 …………………………………………………..

Podpis Uczestnika Projektu

1.  Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)
2. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-3)