



Deklaracja uczestnictwa w projekcie pt.:
„Węzeł wsparcia – tworzenie sieci organizacji wspierających NGO’s na Podlasiu”
POKL.05.04.02-00-I15/14

1. Ja, niżej podpisana/y
reprezentująca/cy organizację /instytucję (imię i nazwisko)

.....
.....
(nazwa organizacji/ instytucji)

deklaruję chęć udziału w projekcie pt „**Węzeł wsparcia – tworzenie sieci organizacji wspierających NGO’s na Podlasiu” POKL.05.04.02-00-I15/14** oraz informuję, że zostałam/em zapoznana/y z działaniami proponowanymi w ramach projektu.

2. Oświadczam, że spełniam warunki uczestnictwa w projekcie, gdyż:

Jestem członkiem, wolontariuszem lub pracownikiem organizacji pozarządowej

3. Oświadczam, że zostałam/am pouczony /a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

4. Oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu.

.....
(data)

.....
(podpis)





OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Węzeł wsparcia – tworzenie sieci organizacji wspierających NGO’s na Podlasiu**” POKL.05.04.02-00-I15/14 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
- 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Wspólnym głosem” POKL.05.04.02-00-F33/13, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL);
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Wdrażania EFS, ul. Nowogrodzka 1/3/500-513 Warszawa beneficjentowi realizującemu projekt - Ośrodek Wspierania Organizacji Pozarządowych, ul. Ks. Abramowicza 1 15-872 Białystok oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL lub Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach POKL;
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU





OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku przez realizatora projektu „Węzeł wsparcia – tworzenie sieci organizacji wspierających NGO’s na Podlasiu” POKL.05.04.02-00-I15/14 w celu realizacji, dokumentowania i promocji ww. projektu zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (dz. U z 1994, art. 81, ust 1 z późn. zm.) tj. w szczególności dla celów dokumentacji fotograficznej oraz audiowizualnej oraz promocji działań, w ramach projektu „Węzeł wsparcia – tworzenie sieci organizacji wspierających NGO’s na Podlasiu”.*

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

*wyrażenie zgody ma charakter dobrowolny





DANE OSÓB OBJĘTYCH WSPARCIEM

INFORMACJE O INSTYTUCJI			
1.	Pełna nazwa instytucji		
2.	NIP		3. REGON
4.	Typ instytucji		<input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> administracja publiczna <input type="checkbox"/> inne
5.	Wielkość instytucji		<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo
6.	Województwo		7. Powiat
8.	Miejscowość		9. Kod pocztowy
10.	Ulica i nr budynku/lokalu		
11.	Obszar		<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
12.	Adres email		13. Tel. kontaktowy
INFORMACJE O UCZESTNIKU			
1.	Imię i Nazwisko		
2.	PESEL	-----	3. Wiek w chwili przystąpienia do projektu: --
4.	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		
5.	Województwo		6. Powiat
7.	Miejscowość		8. Kod pocztowy
9.	Ulica i nr domu/mieszkania		
10.	Obszar		<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
11.	E-mail		
12.	Tel. stacjonarny		13. Tel. kom. -----
14.	Wykształcenie		15. Status na rynku pracy
	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe		<input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> nieaktywny zawodowo <input type="checkbox"/> zatrudniony, w: <input type="checkbox"/> administracja publiczna <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> samozatrudniony <input type="checkbox"/> inne
16.	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub osobą zależną		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
17.	Przynależność do mniejszości narod. lub etnicz.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
18.	Migrant		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
19.	Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika projektu)

