Zał. Nr 3 do Zarządzenia Nr 96/11

Rektora PWSZ we Włocławku z dnia 22.09.2011 r.

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | **„PWSZ we Włocławku-wiedza i zawód w zasięgu ręki”** |
| **Numer projektu** | **POKL. 04.01.01-00-267/09** |
| **Termin realizacji projektu** | **od 02.11.2009 r. do 30.06.2015 r.** |

*Uwaga!*

*1) formularz należy wypełnić czytelnie-drukowanymi literami*

*2) w polu wyboru należy wstawić znak „X”*

**DANE UCZESTNIKA (dane na dzień przystąpienia do projektu)**

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA** |
| 1 | **Imię(imiona)** |  | 2 | **Nazwisko** |  |
| 3 | **PESEL** |  | 4 | **Numer albumu** |  |
| 5 | **Wykształcenie** | **Wyższe***(pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)* |  | **Pomaturalne***(kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż poziom szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)* |  |
| **Ponadgimnazjalne***(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej - wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)* |  | **Gimnazjalne***(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)* |  |
| **Podstawowe***(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)* |  | **Brak***(brak formalnego wykształcenia)* |  |
| 6 | **Opieka nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną** |  |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| 7 | **Województwo** |  | 8 | **Powiat** |  |
| 9 | **Kod pocztowy** |  | 10 | **Miejscowość** |  |
| 11 | **Ulica** |  | 12 | **Nr budynku** |  | 13 | **Nr lokalu** |  |
| 14 | **Obszar** | miejski  | wiejski  | 15 | **Telefon****Kontaktowy** |  |
| 16 | **Adres poczty elektronicznej (e-mail )** |  |

……………………………………... ……..………………………………..

 miejscowość i data czytelny podpis

**OŚWIADCZENIA**

W związku z przystąpieniem do Projektu ***„PWSZ we Włocławku-wiedza i zawód
w zasięgu ręki”*** realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

**Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:**

1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki:

**Minister właściwy ds. Rozwoju Regionalnego**

Ministerstwo Rozwoju Regionalnego

ul. Wspólna 2/4,

00-926 Warszawa

1. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia
i obsługi Projektu;
2. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
3. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna
z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
4. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

………………………………. ……..……………………………………..

data czytelny podpis

**Oświadczam ponadto, że:**

1. wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.
o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.), do celów związanych
z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu;
2. zostałem/am poinformowana, że dane zawarte w formularzu wprowadzane są do Podsystemu Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego (PEFS), którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych;
3. zostałem/am poinformowany, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
4. zapoznałem/am się z regulaminem zadania zamieszczonym na stronie internetowej: [www.pwsz.wloclawek.pl](http://www.pwsz.wloclawek.pl) oraz akceptuję warunki udziału w projekcie;
5. wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które odbędzie się 6 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie;
6. zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach danych osobowych, zawartych w formularzu danych osobowych.

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są prawdziwe.**

………………………………. ……..……………………………………..

data czytelny podpis