

## 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)
- prowadzący zajęcia dla (wypełnia nauczyciel):
- dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym  uczniów klas 0-3  
 uczniów klas 4 – 6  uczniów gimnazjum  uczniów szkół ponadgimnazjalnych
- Rodzic/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)

<b>Dane uczestniczki / uczestnika</b>	<b>1.</b>	<b>Imię (Imiona) i Nazwisko</b>	
	<b>2.</b>	<b>PESEL, Data urodzenia</b>	
	<b>3.</b>	<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	<b>4.</b>	<b>Kod pocztowy, Miejscowość, Ulica, Nr domu/lokalu</b> <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>	
	<b>5.</b>	<b>Obszar</b>	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
	<b>6.</b>	<b>Województwo, Powiat</b>	
	<b>7.</b>	<b>Telefon stacjonarny</b> <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>	
	<b>8.</b>	<b>Telefon komórkowy (j.w.)</b>	
	<b>9.</b>	<b>Adres poczty elektronicznej (e-mail)</b>	

## II. FORMY WSPARCIA:

FORMA WSPARCIA	
<b>1. DLA PEDAGOGÓW I NAUCZYCIELI</b>	
<input type="checkbox"/>	Szkolenia z zakresu zapobiegania agresji, prowadzenia interwencji kryzysowej, podstaw socjoterapii i oddziaływania psychoedukacyjnego, warsztaty focusowe (zogniskowany wywiad grupowy)
<input type="checkbox"/>	SUPERWIZJA
<b>2. DLA RODZICÓW DZIECI I MŁODZIEŻY SZKOLNEJ</b>	
<input type="checkbox"/>	Grupowe warsztaty psychoedukacyjne dla rodziców dzieci i młodzieży szkolnej
<b>3. DLA DZIECI I MŁODZIEŻY</b>	
<input type="checkbox"/>	Trening umiejętności społecznych, zajęcia socjoterapeutyczne warsztaty psychoedukacyjne
<input type="checkbox"/>	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.