

**DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE (DLA NAUCZYCIELA/ RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO)**

1. Ja niżej podpisany/a ..... deklaruję udział w projekcie pn. „Rozwój szkolnictwa zawodowego w Gdyni - ucz się, doświadczaj, pracuj” realizowanym przez Gminę Miasta Gdyni w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
3. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. „Rozwój szkolnictwa zawodowego w Gdyni - ucz się, doświadczaj, pracuj”.
5. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku na potrzeby realizacji i promocji Projektu „Rozwój szkolnictwa zawodowego w Gdyni - ucz się, doświadczaj, pracuj”.
6. Oświadczam, że poniższe dane podaję dobrowolnie i bez przymusu.
7. Zobowiązuję się do przekazania informacji na temat sytuacji po opuszczeniu projektu w terminie 4 tygodni oraz w terminie do 3 miesięcy od zakończenia uczestnictwa w projekcie.

1.	Kraj	Seria i numer dowodu osobistego		
2.	Imię	Nazwisko		
3.	Data urodzenia	PESEL		
4.	Płeć	Wykształcenie		
5.	Województwo	Powiat	Gmina	
6.	Miejscowość	Kod pocztowy		
7.	Ulica	Nr budynku	Nr lokalu	
8.	Telefon kontaktowy	Adres e-mail		
9.	Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> Nauczyciel praktycznej nauki zawodu		
		<input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego		
		<input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego		
		<input type="checkbox"/> inny		
10.	Miejsce pracy			
11.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak		
		<input type="checkbox"/> nie		
12.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak		
		<input type="checkbox"/> nie		
		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		
13.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	<input type="checkbox"/> tak		
		<input type="checkbox"/> nie		
		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		
		<input type="checkbox"/> nie		
14.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak		
		<input type="checkbox"/> nie		
		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		

8. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika Projektu