



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„MATEMATYKA INNEGO WYMIARU – organizacja Matematycznych Mistrzostw Polski Dzieci i Młodzieży”

Wyrażam wolę uczestnictwa w Projekcie „MATEMATYKA INNEGO WYMIARU – organizacja Matematycznych Mistrzostw Polski Dzieci i Młodzieży”.

Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Regulaminem Projektu oraz Regulaminem Rekrutacji.

Oświadczam, że znam i spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie określone w Regulaminie Rekrutacji.

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika

.....
czytelny podpis rodzica lub prawnego
opiekuna Uczestnika*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu „MATEMATYKA INNEGO WYMIARU – organizacja Matematycznych Mistrzostw Polski Dzieci i Młodzieży” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki z siedzibą w *Warszawie, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa*;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielania wsparcia, realizacji projektu „MATEMATYKA INNEGO WYMIARU – organizacja Matematycznych Mistrzostw Polski Dzieci i Młodzieży”, ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „MATEMATYKA INNEGO WYMIARU – organizacja Matematycznych Mistrzostw Polski Dzieci i Młodzieży” ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w Projekcie;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika

.....
czytelny podpis rodzica lub prawnego
opiekuna Uczestnika*

***) jeżeli zgłaszający chęć udziału w Projekcie jest osobą niepełnoletnią, wówczas wymagany jest także podpis rodzica lub prawnego opiekuna uczestnika**



Formularz rejestracyjny

Nazwisko:			
Imię (imiona):			
Płeć * :	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL:			
Wiek:			
Województwo:			
Kod pocztowy:			
Miejscowość:			
Obszar * :	<input type="checkbox"/> Miejski	<input type="checkbox"/> Wiejski	
Powiat:			
Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Telefon komórkowy:		Telefon stacjonarny:	
Adres e-mail:			
Opiekuję się dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną * :	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Wykształcenie * (wymagane świadectwo/dyplom ukończenia edukacji na danym etapie) :	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne	
	<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Pomaturalne	
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Wyższe	
Status na rynku pracy*:	<input type="checkbox"/> Uczeń <input type="checkbox"/> Samozatrudniony <input type="checkbox"/> Zatrudniony w administracji publicznej <input type="checkbox"/> Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Zatrudniony w małym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Zatrudniony w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Inny		

*) należy wstawić „x” w jeden właściwy kwadrat