

NASZA PORADNIA: POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA DLA ZWIĘKSZENIA SZANS EDUKACYJNYCH DZIECI Z POWIATU LIMANOWSKIEGO I OKOLIC

PROJEKT NR WND-POKL-09.05.00-12-082/07

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

1. Dane uczestnika projektu

Imię i nazwisko PESEL

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania: ul. nr domu Miejscowość

Kod pocztowy, poczta Gmina Powiat

Nr telefonu domowego Nr telefonu komórkowego E-mail

Status uczestnika (wpisać znak **x** z lewej strony właściwego):

- dziecko w wieku 0-7 lat nie uczęszczające do przedszkola
- dziecko w wieku 0-7 lat uczęszczające do przedszkola
- uczeń szkoły podstawowej
- uczeń gimnazjum
- uczeń szkoły ponadgimnazjalnej
- osoba niepełnoletnia, nieucząca się i niepracująca
- osoba dorosła (właściwe podkreślić):
 - zatrudniona/ samozatrudniona/ niezatrudniona/ bezrobotna/ długotrwale bezrobotna/
 - wykształcenie wyższe/ średnie/ niepełne średnie/ zasadnicze/ podstawowe

2. Oświadczenie o akceptacji postanowień regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Nasza Poradnia: Pomoc psychologiczno-pedagogiczna dla zwiększenia szans edukacyjnych dzieci z powiatu limanowskiego i okolic” (nr WND-POKL-09.05.00-12-082/07), akceptuję zawarte w nim postanowienia i zobowiązuję się do nich stosować.

.....
Miejscowość, data Czytelny podpis (w przypadku osoby niepełnoletniej – podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

3. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w projekcie

Świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej mi za składanie nieprawdziwych oświadczeń na podstawie art. 297 Kodeksu Karnego, oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi uczestnictwa w projekcie „Nasza Poradnia: Pomoc psychologiczno-pedagogiczna dla zwiększenia szans edukacyjnych dzieci z powiatu limanowskiego i okolic” (nr WND-POKL-09.05.00-12-082/07) realizowanego w Mszanie Dolnej, tzn. jestem:

- mieszkańcem miejscowości do 25 tys. mieszkańców,
- mieszkańcem powiatu limanowskiego lub gminy Wiśniowa albo Lubień,
- rodzicem dziecka w wieku od 0 lat do ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej lub dzieckiem w wieku od 0 lat do ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej lub nauczycielem

.....
Miejscowość, data Czytelny podpis (w przypadku osoby niepełnoletniej – podpis rodzica lub opiekuna prawnego)



4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby monitoringu, kontroli i ewaluacji projektu „Nasza Poradnia: Pomoc psychologiczno-pedagogiczna dla zwiększenia szans edukacyjnych dzieci z powiatu limanowskiego i okolic” (nr WND-POKL-09.05.00-12-082/07) zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002, nr 101, poz. 926 z późn.zm.). Administratorem danych osobowych w rozumieniu w/w ustawy jest Wojewódzki Urząd Pracy z siedzibą w Krakowie Plac Na Stawach 1. Moja zgoda na przetwarzanie danych jest dobrowolna; znam swoje prawa w zakresie danych osobowych wynikające z w/w ustawy, w tym prawo do wglądu swoich danych i ich poprawiania. Oświadczam również, że podane przeze mnie dane osobowe są zgodne z prawdą

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis (w przypadku osoby niepełnoletniej – podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

5. Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Niniejszym deklaruję przystąpienie do projektu „Nasza Poradnia: Pomoc psychologiczno-pedagogiczna dla zwiększenia szans edukacyjnych dzieci z powiatu limanowskiego i okolic” (nr WND-POKL-09.05.00-12-082/07)

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis (w przypadku osoby niepełnoletniej – podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Wypełnia osoba rekrutująca

Formy wsparcia, do jakich zakwalifikowano Beneficjenta Ostatecznego (wpisać x z lewej strony)

Porada psychologiczna

Porada pedagogiczna

Porada logopedyczna

Diagnoza psychologiczna

Diagnoza pedagogiczna

Diagnoza logopedyczna

Terapia psychologiczna

Terapia pedagogiczna

Terapia logopedyczna

Opinia

Inna (wpisać jaka)

Data rozpoczęcia zakończenia udziału w projekcie

ZBIORCZA INFORMACJA O WSPARCIU OTRZYMANYM PRZEZ BENEFICJENTA W RAMACH PROJEKTU

(wypełnia się po zakończeniu uczestnictwa)

Rodzaj usługi	Liczba otrzymanych	Liczba godzin
Porada psychologiczna		
Porada pedagogiczna		
Porada logopedyczna		
Diagnoza psychologiczna		
Diagnoza pedagogiczna		
Diagnoza logopedyczna		
Terapia psychologiczna		
Terapia pedagogiczna		
Terapia logopedyczna		
Opinia		
Inna		



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

