Załącznik nr 3 do Umowy nr ….. z dnia ……

**DOKUMENTY UCZESTNIKA PROJEKTU – osoby do 18 roku życia   
objętego wsparciem w ramach Grantu** finansowanego ze środków Projektu

pn.: „Lepsza przyszłość. Wsparcie pomorskiej psychiatrii”

**Formularz danych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | **(właściwe zaznaczyć / wypełnić pismem drukowanym)** | |
| Obywatelstwo | Obywatelstwo polskie  Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE  Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec | |
| Imię |  | |
| Nazwisko |  | |
| PESEL |  | |
| Wykształcenie | * (ISCED 0) niższe niż podstawowe * (ISCED 1) podstawowe * (ISCED 2) gimnazjalne * (ISCED 3) ponadgimnazjalne / ponadpodstawowe | |
| **DANE KONTAKTOWE**  (dotyczy adresu zamieszkania) | **(proszę wypełnić pismem drukowanym)** | |
| Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Gmina |  | |
| Miejscowość |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Telefon kontaktowy |  | |
| Adres e-mail |  | |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | **(właściwe zaznaczyć)** |
| osoba bierna zawodowo\*  \* Zgodnie z *FEP 2021-2027* wsparcie udzielane jest uczniom szkół z województwa pomorskiego. | | Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | **(właściwe zaznaczyć)** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)\*  \* Wskaźnik obejmuje osoby należące do mniejszości narodowych (białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska) i etnicznych (karaimska, łemkowska, romska, tatarska). | | Tak  Nie  Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | Tak  Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami\*  \* Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. | | Tak  Nie  Odmowa podania informacji |

**Deklaracja** **uczestnika projektu –** ucznia objętego wsparciem w ramach Granu realizowanego przez Grantobiorcę (organ prowadzący szkołę), finansowanego ze środków Projektu pn.: „Lepsza przyszłość. Wsparcie pomorskiej psychiatrii”, zwanym dalej „Projektem”**:**

Ja, niżej podpisana/y deklaruję chęć udziału mojego dziecka działaniach realizowanych przez Grantobiorcę w ramach Grantu finansowanego ze środków Projektu.

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałam/em się z celem Projektu i Grantu oraz z zasadami rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie;
2. zostałam/em poinformowany, że Projekt realizowany jest w ramach Działania 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027) oraz współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+);
3. moje dziecko spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie;
4. przyjmuję do wiadomości informacje, o których mowa w art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwanego dalej: „ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych”;
5. przyjmuję do wiadomości informację o obowiązku przekazania danych po zakończeniu Projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego oraz możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym;
6. w związku z powyższym zobowiązuję się złożyć do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie „oświadczenia uczestnika projektu nt. sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie”;
7. zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Grantobiorcy o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w dokumentacji Projektu.

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

……………………………………………………………..………………………………………………………………  
**Miejscowość, data i czytelny podpis  
rodzica/opiekuna prawnego ucznia**

**Wyrażam zgodę** na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku mojego dziecka przez Województwo Pomorskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Pomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej FEP 2021-2027, w celu realizacji, monitoringu, ewaluacji i promocji Projektu „Lepsza przyszłość. Wsparcie pomorskiej psychiatrii” (nr projektu FEPM.05.17-IZ.00-0002/25), zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Jednocześnie oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y o celu wykorzystania mojego wizerunku.

……………………………………………………………..………………………………………………………………  
**Miejscowość, data i czytelny podpis  
rodzica/opiekuna prawnego ucznia**