

## KARTA UŻYCZENIA SALI

Ja niżej podpisana/y deklaruję udział w projekcie „Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Ekonomii Społecznej” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
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;
6. wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku na potrzeby projektu "Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Ekonomii Społecznej";
7. świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z §233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że dane podane w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą;
8. spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.

.....  
podpis, data

- właściwe zaznaczyć

- nie należy wypełniać pól zaznaczonych kolorem szarym

	LP.	DANE OSTATECZNEGO BENEFICJENTA
<b>DANE UCZESTNIKA</b>	1.	<b>IMIĘ (IMIONA):</b>
	2.	<b>NAZWISKO:</b>
	3.	<b>PŁEĆ: <input type="checkbox"/> KOBIEȚA /<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA</b>
	4.	<b>CZY JEST PAN/PANI OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</b>
	5.	<b>PESEL:</b>
	6.	<b>WYKSZTAŁCENIE: WYŻSZE <input type="checkbox"/>/POMATURALNE <input type="checkbox"/>/ PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/>/ GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/>/ PODSTAWOWE <input type="checkbox"/>/ BRAK <input type="checkbox"/></b>
	7.	<b>CZY OPIEKUJE SIĘ PAN/PANI OSOBĄ ZALEŻNĄ (DZIECKO DO LAT 7, OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA, OSOBA STARSZA)  <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</b>

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.  
Działanie 7.2. Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej.  
7.2.2 Wsparcie ekonomii społecznej.  
Człowiek – najlepsza inwestycja



<b>Dane kontaktowe</b>	<b>Należy podać dane kontaktowe (adres korespondencyjny, telefon), tzn. takie które umożliwią dotarcie do osoby w przypadku kiedy zostanie ona wylosowana do udziału w badaniu ewaluacyjnym</b>			
	<b>8.</b>	<b>ULICA</b>		
	<b>9.</b>	<b>NR DOMU</b>		
	<b>10.</b>	<b>NR LOKALU</b>		
	<b>11.</b>	<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>		
	<b>12.</b>	<input type="checkbox"/> <b>OBSZAR MIEJSKI (GMINY MIEJSKIE I MIASTA POWYŻEJ 25 TYS. MIESZKAŃCÓW)</b> <input type="checkbox"/> <b>OBSZAR WIEJSKI (GMINY WIEJSKIE, GMINY WIEJSKO-MIEJSKIE I MIASTA DO 25 TYS. MIESZKAŃCÓW)</b>		
	<b>13.</b>	<b>KOD POCZTOWY</b>		
	<b>14.</b>	<b>WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE</b>		
	<b>15.</b>	<b>POWIAT</b>		
	<b>16.</b>	<b>TELEFON STACJONARNY</b>		
	<b>17.</b>	<b>TELEFON KOMÓRKOWY</b>		
	<b>18.</b>	<b>ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ (E-MAIL)</b>		
<b>Dane dodatkowe</b>	<b>19.</b>	<input type="checkbox"/> - zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie (od 2 do 9 pracowników) <input type="checkbox"/> - zatrudniony w małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników) <input type="checkbox"/> - zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> - zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) <input type="checkbox"/> - zatrudniony w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> - zatrudniony w administracji publicznej		<input type="checkbox"/> - samozatrudniony <input type="checkbox"/> - rolnik <input type="checkbox"/> - osoba nieaktywna zawodowo <input type="checkbox"/> - osoba ucząca się lub kształcąca <input type="checkbox"/> - bezrobotny <input type="checkbox"/> - długotrwale bezrobotny (pozostający bez zatrudnienia przez okres dłuższy niż 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> - zatrudniony w instytucji pomocy społecznej
	<b>19A</b>	<b>INSTYTUCJA/ ORGANIZACJA ZATRUDNIAJĄCA PRACOWNIKA</b>	<b>NAZWA INSTYTUCJI</b>	
			<b>ULICA I NUMER</b>	
			<b>KOD POCZTOWY</b>	<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>
	<b>TEL.</b>		<b>POWIAT</b>	

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.  
Działanie 7.2. Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej.  
7.2.2 Wsparcie ekonomii społecznej.  
Człowiek – najlepsza inwestycja



		FAX.		NIP	
		REGON			E-MAIL
	20.	Rodzaj przyznanego wsparcia: <input type="checkbox"/> użyczenie sali			
	21.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie (Data podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie)			
	22.	Data zakończenia udziału w projekcie (Ostatni dzień udziału osoby w projekcie. Za datę zakończenia udziału w projekcie rozumie się również datę przerwania udziału w projekcie)			
	23.	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa <input type="checkbox"/> Tak/ <input type="checkbox"/> Nie			
	24.	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia <input type="checkbox"/> Podjęcie zatrudnienia/ <input type="checkbox"/> Podjęcie nauki/ <input type="checkbox"/> Inne			

1. Ja niżej podpisa/a/y deklaruję udział w projekcie Stowarzyszenia Kujawsko-Pomorski Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Pozarządowych „Tłok” w Toruniu w zakresie wsparcia ekonomii społecznej oraz specjalistycznego doradztwa, który jest realizowany w ramach VII Priorytetu Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Poddziałanie 7.2.2 pn. „Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Ekonomii Społecznej”.

2. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że projekt, realizowany przez Stowarzyszenia Kujawsko-Pomorski Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Pozarządowych „Tłok” w Toruniu, jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które może odbyć się do 6 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.

4. Oświadczam, że spełniam warunki uczestnictwa w projekcie Stowarzyszenia Kujawsko-Pomorski Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Pozarządowych „Tłok”, którego grupy docelowe wskazane są w Szczegółowym Opisie Priorytetów PO KL 2007-2013.

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu „Ośrodek Wsparcia Inicjatyw Ekonomii Społecznej”, ewaluacji, monitoringu, promocji, kontroli i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;

6. Jestem świadoma/y, iż mogę zostać pociągnięta/y do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Podpis Beneficjenta/tki ..... Data.....

Informacja o spotkaniu	
Cel spotkania	
Terminy i godziny	
Potrzeby techniczne np. rzutnik, laptop.	
Liczba uczestników	
Uwagi	

.....  
Podpis, data i miejscowość

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.  
Działanie 7.2. Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej.  
7.2.2 Wsparcie ekonomii społecznej.  
Człowiek – najlepsza inwestycja

