**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

na szkolenie dla **kadry dydaktycznej**

Akademii Nauk Stosowanych w Koninie

w dniach 9-13 maja 2022 r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **SPEŁNIA** | **NIE SPEŁNIA** |
| *Wypełnia Koordynator Projektu:* | |
| 1 | Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa w projekcie (*zaznaczyć X*), tzn.: |  |  |
| 🞏 Należę do kadry dydaktycznej ANS w Koninie |  |  |
| 🞏 Pełnię funkcję zarządczą w ANS w Koninie, lub |  |  |
| 🞏 Posiadam kwalifikacje niezbędne do pełnienia funkcji zarządczych w ANS w Koninie |  |  |
| **Data oraz czytelny podpis kandydata / kandydatki na uczestnika / uczestniczkę projektu**:  ………………………………………………………. | | | |
| **KOŃCOWA OCENA FORMALNA** *(wypełnia Koordynator projektu)* | | | |
| 🞏 Kandydat / kandydatka zakwalifikowana/y do udziału w projekcie  🞏 Kandydat/kandydatka niezakwalifikowana/y do udziału w projekcie | | | |
| …………………………… ……………………………………………………………..  *Data Czytelny podpis osoby oceniającej* | | | |

1. **DANE OSOBOWE UCZESTNICZKI / UCZESTNIKA PROJEKTU:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię / imiona:** |  | | | | |
| **Nazwisko:** |  | | | | |
| **Płeć** (*zaznaczyć X*): | 🞏 Kobieta | | | 🞏 Mężczyzna | |
| **PESEL:** |  | | | | |
| **Data urodzenia:** |  | | | | |
| **Adres zamieszkania:** | Ulica: | Nr domu: | | | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | | | Województwo: |
| Gmina: | Powiat: | | | |
| **Adres do korespondencji** *(jeśli inny niż powyżej)***:** | Ulica: | Nr domu: | | | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | | | Województwo: |
| Gmina: | Powiat: | | | |
| **Telefon kontaktowy:** | | | **Adres e-mail:** | | |

1. **WYMAGANIA DOTYCZĄCE DOSTĘPNOŚCI:**

🞏 Pokój dla osoby z niepełnosprawnością ruchową

🞏 Udogodnienia dla osoby z niepełnosprawnością wzrokową

🞏 Udogodnienia dla osoby z niepełnosprawnością słuchową

🞏 Inne udogodnienia (*proszę wskazać*): ……………………………..

1. **PREFERENCJE DOTYCZĄCE WYŻYWIENIA:**

🞏 Poproszę o posiłki wegetariańskie

🞏 Poproszę o posiłki wegańskie

🞏 Inny rodzaj diety (*proszę wpisać*): ……………………………………

1. **OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że:

1. Podane przeze mnie w niniejszym *Formularzu zgłoszeniowym* dane są zgodne z prawdą.
2. Jestem świadomy/a, że koszt uczestnictwa w projekcie pokrywany jest w całości ze środków Mechanizmu Finansowego EOG na lata 2021-2027 oraz środków krajowych.
3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym mającym określić moje predyspozycje do udziału w projekcie.
4. Mam świadomość, że szkolenie będzie odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.
5. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności jeżeli przepisy prawa taki obowiązek nakładają.
6. Przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem moich danych osobowych jest Akademia Nauk Stosowanych w Koninie, mająca siedzibę przy ul. Przyjaźni 1 w Koninie.
7. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Intensywne szkolenia przyczyniające się do rozwoju kompetencji zarządczych pracowników dydaktycznych Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koninie**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych projektu.
8. Zostałem/zostałam poinformowany/a, iż mogę zażądać od Administratora Danych dostępu do moich danych osobowych lub ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania; wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy w siedzibie Administratora Danych pod adresem: ul. Przyjaźni 1, 62-510 Konin lub poprzez pocztę elektroniczną: [iod@konin.edu.pl](mailto:iod@konin.edu.pl) .

*……………………………… …………………………………………..*

*data czytelny podpis*