**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**„DIETA BEZGLUTENOWA BEZ PRZESZKÓD-jedz zdrowo i smacznie”**

Uwaga: Należy wypełniać **tylko białe pola**

**I.INFORMACJE O PROJEKCIE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer umowy / decyzji / aneksu** | | |  | **Nazwa beneficjenta** | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| POWR.03.01.00-00-T153/17 | | |  | Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Tytuł projektu** | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **„DIETA BEZGLUTENOWA BEZ PRZESZKÓD-jedz zdrowo i smacznie”** | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Okres realizacji projektu (uzupełniane przez Personel Projektu)** | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Od** |  | 01.07.2019 |  | **Do** |  | 30.10.2020 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **II.DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA** | |  |
| Jestem członkiem Polskiego Stowarzyszenia Osób z Celiakia i na Diecie bezglutenowej: | | | | | | |
| Tak / nie | | | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE POTENCJONALNEGO/J UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU** | | | |
| IMIĘ (IMIONA) |  | | |
| NAZWISKO |  | | |
| PŁEĆ |  | | |
| PESEL |  | | |
| DATA URODZENIA |  | | |
| MIEJSCE URODZENIA |  | | |
| WYKSZTAŁCENIE  *(wstaw znak „x” we właściwym miejscu)* |  | niższe niż podstawowe | |
|  | podstawowe | |
|  | ponadgimnazjalne | |
|  | policealne *(osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych)* | |
|  | wyższe *(ukończone studia licencjackie/inżynierskie/magisterskie)* | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Gmina |  | |
| Miejscowość |  | |
| Ulica |  | |
| Nr budynku |  | |
| Nr lokalu |  | |
| Kod pocztowy i poczta |  | |
| DANE KONTAKTOWE | Telefon kontaktowy |  | |
| Adres e-mail |  | |
| STATUS NA RYNKU PRACY  (wstaw znak „x” we właściwym miejscu) |  | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | |
|  | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | |
|  | Osoba bierna zawodowo *(np. student, uczeń)* | |
|  | Osoba bierna zawodowo ( inne) | |
|  | Osoba pracująca *(jeżeli tak, zaznaczyć poniżej właściwe)* | |
| zatrudnionyw:  *(nazwa pracodawcy)* |  | |
| wykonywany zawód: |  |  |
| Deklaruję chęć udziału w pełnym zaplanowanym zakresie ZAJĘĆ  (wstaw znak „x” we właściwym miejscu) | tak |  | |
| nie |  | |
| Status zdrowotny | Chory na celiakię |  | |
| Chory z nieceliakalną nadwrażliwością na gluten |  | |
| Osoba na diecie bezglutenowej z innych wskazań |  | |
| Rodzic/ opiekun dziecka z celiakią lub z nieceliakalną nadwrażliwością na gluten |  | |
| Członek rodziny osoby z celiakią lub z nieceliakalną nadwrażliwością na gluten |  | |
| Osoba zdrowa chcąca poszerzyć swoja wiedzę |  | |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności  (*należy dołączyć orzeczenie z ZUS*) | tak |  | |
| nie |  | |

**III. OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Wyrażam chęć udziału w projekcie
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego zapisy
3. Zostałem/łam poinformowany(a), że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa

**Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych))**

1. Do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Narodowego Centrum Badań i Rozwoju
2. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, przetwarzanych przez Beneficjenta projektu.
3. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym wprowadzane są do systemu sl2014, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach EFS, oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych.
4. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych lub innych badaniach ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

…………………. …………………………………………….

data podpis kandydata/ rodzica/ opiekuna