Załącznik nr 2

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OPIEKUNA/OPIEKUNKI ZAWODNIKA/ZAWODNICZKI**

**Do Konkursu Regionalnego SkillsPoland 2025 w konkurencji:**

# 

# ***Tynkowanie i systemy suchej zabudowy***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. IMIĘ/IMIONA ZAWODNIKA/ZAWODNICZKI: | | |
| 2. NAZWISKO ZAWODNIKA/ZAWODNICZKI: | | |
| 3. IMIĘ/IMIONA | | |
| 4. NAZWISKO | | |
| 5. PŁEĆ KOBIETA  MĘŻCZYZNA | | |
| 6. PESEL | | |
| 7. DATA I MIEJSCE URODZENIA | | |
| 8. WYKSZTAŁCENIE: | | |
| 9. OBSZAR ZAMIESZKANIA  OBSZAR MIEJSKI  OBSZAR WIEJSKI | | |
| 10. WIEK | | |
| 11. ADRES EMAIL: | | |
| 12. SZCZEGÓLNE POTRZEBY ……………………………………………………………………………… | | |
| WOJEWÓDZTWO | POWIAT | MIEJSCOWOŚĆ |
| ULICA | NR DOMU | NR LOKALU |
| KOD POCZTOWY | MIEJSCOWOŚĆ | |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE** |
| *- Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć́ udziału w przedsięwzięciu „Utworzenie i wsparcie funkcjonowania branżowego centrum umiejętności dla branży budowlanej w dziedzinie prace wykończeniowe (BCU-PW), realizowane w ramach Krajowego Planu Odbudowy I Zwiększania Odporności „Odporność I Konkurencyjność Gospodarki”, jako Inwestycja A3.1.1 „Wsparcie Rozwoju Nowoczesnego Kształcenia Zawodowego, Szkolnictwa Wyższego oraz Uczenia się przez całe życie”, w Ramach Konkursu Pn. „Utworzenie I Wsparcie Funkcjonowania 120 Branżowych Centrów Umiejętności (BCU), realizujących koncepcję Centrów Doskonałości Zawodowej (CoVes)” finansowanego Ze Środków Europejskiego Instrumentu Na Rzecz Odbudowy I Zwiększania Odporności w Ramach Krajowego Planu Odbudowy I Zwiększenia Odporności”;*  *- Oświadczam, że* zapoznałem(a)m się z Regulaminem rekrutacji i akceptuję zawarte w nim warunki;  *- Zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest realizowany w ramach Krajowego Planu Odbudowy I Zwiększenia Odporności;*  - *Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym;*  *- Spełniam wszystkie wymogi formalne określone w Regulaminie;*  - *Zostałam/em poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;*  *- Wyrażam zgodę̨ na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym przez Organizatora I Partnera Przedsięwzięcia zgodnie z przepisami 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 w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).*  *- Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń́ niezgodnych z prawdą oraz świadomy/a tej odpowiedzialności oświadczam, że podane w niniejszym formularzu informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;*  *- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Jednostki Wspierającej.* |

……………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis opiekuna/opiekunki

**KLAUZULA INFORMACYJNA W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH (art. 13 RODO)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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, zwane dalej RODO) informujmy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest [podać dane IC: pełna nazwa, adres, KRS, NIP];
2. Dane kontaktowe Inspektora ochrony danych osobowych w [podać nazwę IC]: email: [podać e-mail];
3. Pani/Pana dane osobowe (tj. imię i nazwisko, wizerunek) przetwarzane będą w celu organizacji, przygotowania i poprowadzenia przez [podać nazwę IC] procesów walidacji i certyfikacji kwalifikacji rynkowej [podać nazwę kwalifikacji];
4. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 pkt a) tj. zgoda osoby, której dane dotyczą;
5. Administrator może przekazywać Pani/Pana dane do Ministra Właściwego dla kwalifikacji sektorowej [podać nazwę kwalifikacji], podmiotu prowadzącego Zintegrowany Rejestr Kwalifikacji, o którym mowa Art.68, ust. 3 Ustawy o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji oraz podmiotowi zewnętrznego zapewniania jakości dla kwalifikacji [podać nazwę kwalifikacji], wyznaczonemu przez ministra właściwego dla kwalifikacji sektorowej.;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat
7. Ma Pani/Pan prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych;
8. ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
9. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
10. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem przystąpienia do procesu walidacji i certyfikacji kwalifikacji sektorowej [podać nazwę kwalifikacji]; konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w walidacji i certyfikacji;
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

………………………………………………….. …………………………………………………..

Data, miejscowość Czytelny podpis

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

Imię i nazwisko:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku w formie drukowanej i elektronicznej przez Branżowe Centrum Umiejętności Nr 1 w Radomiu. Niniejsza zgoda obejmuje następujące pola eksploatacji: utrwalanie, rozpowszechnianie, kopiowanie, obrót egzemplarzami, na których utrwalono mój wizerunek, wykorzystanie w poniżej wskazanych celach.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mój będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie do celów dokumentowania prowadzonego przez Branżowe Centrum Umiejętności Nr 1 w Radomiu.

Data i czytelny podpis