

KARTA ZGŁOSZENIA GRUPY DO PROJEKTU MAŁY MEDYK UMP

realizowanego przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Priorytet III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie III.1 Kompetencje w szkolnictwie wyższym, zgodnie z umową o dofinansowanie nr POWR.03.01.00-00-U149/17

1. Nazwa i adres szkoły/instytucji:

.....

.....

2. Dane grupy zgłaszanej do projektu

Liczba uczniów		
W tym	chłopców	
	dziewczynek	
zamieszkałych na terenie	wiejskim	
	miejskim	
uczniów w wieku	7 lat	
	8 lat	
	9 lat	
	10 lat	
	11 lat	
	12 lat	
liczba uczniów spełniających kryterium niepełnosprawności ¹		

wypełnia organizator

4. Imiona i nazwiska nauczycieli/opiekunów:

Opiekun 1:

Opiekun 2:

¹ potwierdzenie poprzez udostępnienie wglądu do orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 poz. 511, ze zm.) lub orzeczenia albo innego dokumentu, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882 ze zm.).



5. Numer tel. nauczyciela/opiekuna (należy podać numeru do bezpośredniego kontaktu przynajmniej do jednej osoby, która będzie współpracowała z organizatorami Projektu):

.....

6. Adres e-mail nauczyciela/opiekuna:

.....

OŚWIADCZENIA NAUCZYCIELA/OPIEKUNA GRUPY:

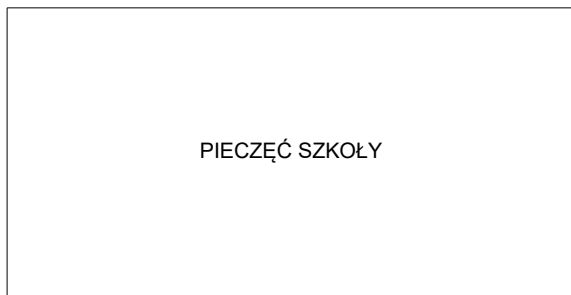
Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu MAŁY MEDYK UMP i warunkami rekrutacji.

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania grupy do udziału w Projekcie, w nieprzekraczalnym terminie 10 dni od ogłoszenia wyników rekrutacji, dostarczę organizatorom oryginał karty zgłoszenia oraz wymagane dokumenty projektowe każdego ucznia w tym:

- 1) Deklarację uczestnictwa w projekcie
- 2) Oświadczenie uczestnika projektu
- 3) Formularz osobowy uczestnika projektu
- 4) Zgodę na przetwarzanie wizerunku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, nr telefonu, adres e-mail) na potrzeby rekrutacji i organizacji Projektu MAŁY MEDYK UMP

W przypadku zakwalifikowania grupy do Projektu wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku (zdjęć i filmów), przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonywanych zdjęć i filmów, za pośrednictwem dowolnego medium w celach zgodnych z promocją i realizacją projektu MAŁY MEDYK UMP współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Priorytet III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie III.1 Kompetencje w szkolnictwie wyższym, zgodnie z umową o dofinansowanie nr POWR.03.01.00-00-U149/17



.....
Data i podpis nauczyciela/opiekuna grupy