



III. OŚWIADCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji – art. 233 §1 kk („kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”), odpowiedzialności na podstawie art. 286 §1 kk (tekst jednolity - Dz.U. z 2016, poz. 1137) – („Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej z art. 211 ustawy z dnia 27 lipca 2005r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz.U. z 2016r., poz. 1842, z późn. zm.)**, oświadczam, że:

1. moja średnia arytmetyczna ocen uzyskana w poprzednim roku akademickim, obliczona zgodnie z obowiązującym Regulaminem określającym kryteria, zasady i warunki uczestnictwa w Projekcie pn. „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu” oraz kwalifikacje do płatnych praktyk zawodowych i wynagradzanie studentów, jak również procedurę i tryb przyznawania oraz wypłacania stypendium motywacyjnego dla studentów II i III roku studiów pierwszego stopnia realizowanych w formie stacjonarnej na kierunku Pielęgniarstwo, wynosi.....;
2. powyższe dane zawarte w formularzu oraz w załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym;
3. zapoznałem/łam się z zasadami przyznawania stypendium motywacyjnego określonymi w Regulaminie określającym kryteria, zasady i warunki uczestnictwa w Projekcie pn. „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu” oraz kwalifikacje do płatnych praktyk zawodowych i wynagradzanie studentów, jak również procedurę i tryb przyznawania oraz wypłacania stypendium motywacyjnego dla studentów II i III roku studiów pierwszego stopnia realizowanych w formie stacjonarnej na kierunku Pielęgniarstwo;
4. akceptuję zasady i postanowienia Regulaminu określającego kryteria, zasady i warunki uczestnictwa w Projekcie pn. „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu” oraz kwalifikacji do płatnych praktyk zawodowych i wynagradzania studentów, jak również procedurę i tryb przyznawania oraz wypłacania stypendium motywacyjnego dla studentów II i III roku studiów pierwszego stopnia realizowanych w formie stacjonarnej na kierunku Pielęgniarstwo oraz zobowiązuje się ich przestrzegać;
5. w przypadku utraty statusu studenta zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić pisemnie Kierownika Projektu / Komisję ds. Naboru Uczestników i Stypendiów oraz wyrażam zgodę na zmianę decyzji;
6. w przypadku zaistnienia okoliczności mających wpływ na zmianę treści oświadczenia zawartego w pkt 3 zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić pisemnie Kierownika Projektu / Komisję ds. Naboru Uczestników i Stypendiów oraz wyrażam zgodę na zmianę decyzji;
7. zobowiązuje się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PWSZ im. rtm. W. Pileckiego w Oświęcimiu danych osobowych zawartych we wniosku oraz złożonych załącznikach do celów związanych z uzyskaniem stypendium motywacyjnego przyznawanego w ramach Projektu pn. „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu”.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis studenta)



IV. OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK Z POPRZEDNICH PRAKTYK ZAWODOWYCH (wypełnia koordynator praktyk lub kierownik Zakładu Kształcenia Praktycznego)

Student/ka w roku akademickim...../..... zrealizowała obowiązkowa praktykę zawodową w

W trakcie praktyki student/ka (wykazywał/a się, nabył/a umiejętności itp. – krótki opis)

Uwagi:

Z praktyki student/ka otrzymała ocenę

.....
data

.....
Podpis i pieczęć opiekuna praktyk / kierownika Zakładu Kształcenia Praktycznego

V. WYPEŁNIA KIEROWNIK PROJEKTU / PRACOWNIK KOMISJI DS. NABORU UCZESTNIKÓW I STYPENDIÓW

Lp.	Kryterium	Punkty
1	Uzasadnienie aplikacji (motywacja)	
2	Opinia opiekuna praktyk zawodowych	
3	Średnia ocen z poprzedniego roku akademickiego	
RAZEM		

.....
data

.....
Podpis i pieczęć Kierownika Projektu / pracownika Komisji

Dodatkowe adnotacje:

1. Wezwanie do uzupełnienia dokumentacji wysłano w dniu na adres

2.....

.....
data

.....
Podpis i pieczęć Kierownika Projektu / pracownika Komisji

*) niepotrzebne skreślić

**) średnia arytmetyczna



Załącznik nr 4

do Regulaminu określającego kryteria, zasady i warunki uczestnictwa w Projekcie pn. „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu” oraz kwalifikacji do płatnych praktyk zawodowych i wynagradzania studentów, jak również procedurę i tryb przyznawania oraz wypłacania stypendium motywacyjnego dla studentów II i III roku studiów pierwszego stopnia realizowanych w formie stacjonarnej na kierunku Pielęgniarstwo

**DEKLARACJA O DOBROWOLNYM PRZYSTĄPIENIU DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
pn. „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu”**

Data wpływu..... Numer ewidencyjny
Podpis osoby przyjmującej wniosek

DANE STUDENTA (wypełnia student)

Nazwisko i imię:		Płeć*: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL	Data urodzenia:	Miejsce urodzenia:	
IDENTYFIKATOR PODATKOWY -NIP (jeśli student posiada):	Nr albumu:	Wiek:	
Kierunek: PIELĘGNIARSTWO	Forma studiów: stacjonarna	Poziom studiów: pierwszego stopnia	Rok studiów:
Adres zamieszkania: ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy....., miejscowość (wieś <input type="checkbox"/> /miasto <input type="checkbox"/>) powiat, województwo			
Adres do korespondencji:			
Telefon:		E-mail:	

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z zasadami udziału w projekcie zawartymi w Regulaminie określającym kryteria, zasady i warunki uczestnictwa w Projekcie pn. „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu” oraz kwalifikacji do płatnych praktyk zawodowych i wynagradzania studentów, jak również procedurę i tryb przyznawania oraz wypłacania stypendium motywacyjnego dla studentów II i III roku studiów pierwszego stopnia realizowanych w formie stacjonarnej na kierunku Pielęgniarstwo, akceptuję jego warunki i wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie;
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektu;
3. wyrażam gotowość, chęć i zgodę na udział w Projekcie „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Osi Priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych;



4. spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w Projekcie oraz zostałam/em pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
5. nie jestem uczestnikiem innego projektu współfinansowanego w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia;
6. nie posiadam prawa do wykonywania zawodu;
7. w przypadku zaistnienia okoliczności mających wpływ na zmianę powyższych danych zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić pisemnie Kierownika Projektu / Komisję ds. Naboru Uczestników i Stypendiów;
8. wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań w ramach przedmiotowego projektu dla celów promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis studenta)

Wyrażam zgodę, aby korespondencja i powiadomienia dotyczące projektu były przekazywane telefonicznie na nr telefonu: lub na mój adres e-mailowy:

.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis studenta)

*zaznacz właściwe

**należy dostarczyć zaświadczenie/decyzję potwierdzające/ą posiadanie tytułu do ubezpieczenia

***należy dostarczyć kopię orzeczenia

EWIDENCJA UDZIAŁU W PROJEKCIE (wypełnia pracownik Biura Projektu)						
Forma wsparcia	Stypendium motywacyjne w roku akademickim/..... <input type="checkbox"/>					
	Stypendium motywacyjne w roku akademickim/..... <input type="checkbox"/>					
	Obowiązkowe, płatne praktyki zawodowe <input type="checkbox"/>					
	Ponadprogramowe, płatne praktyki zawodowe <input type="checkbox"/>					
Udział w projekcie	Data rozpoczęcia udziału w projekcie <input type="checkbox"/>					
	Data zakończenia udziału w projekcie <input type="checkbox"/>					
	Udział w projekcie zakończony zgodnie z planem <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td>tak <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>nie <input type="checkbox"/> przyczyna:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>.....</td> </tr> </table>		tak <input type="checkbox"/>		nie <input type="checkbox"/> przyczyna:	
	tak <input type="checkbox"/>					
	nie <input type="checkbox"/> przyczyna:					
					

.....
data

.....
podpis i pieczęć pracownika Biura Projektu



Załącznik nr 6

do Regulaminu określającego kryteria, zasady i warunki uczestnictwa w Projekcie pn. „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu” oraz kwalifikacji do płatnych praktyk zawodowych i wynagradzania studentów, jak również procedurę i tryb przyznawania oraz wypłacania stypendium motywacyjnego dla studentów II i III roku studiów pierwszego stopnia realizowanych w formie stacjonarnej na kierunku Pielęgniarstwo

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

pn. „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu”

Data wpływu..... Numer ewidencyjny
Podpis osoby przyjmującej wniosek

DANE STUDENTA (wypełnia student)

Nazwisko i imię:		Płeć*: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL	Data urodzenia:	Miejsce urodzenia:	
IDENTYFIKATOR PODATKOWY -NIP (jeśli student posiada):	Nr albumu:	Wiek:	
Kierunek: PIELĘGNIARSTWO	Forma studiów: stacjonarna	Poziom studiów: pierwszego stopnia	Rok studiów:
Adres zamieszkania: ulica, nr domu nr mieszkania, kod pocztowy....., miejscowość (wieś <input type="checkbox"/> /miasto <input type="checkbox"/>) powiat, gmina województwo			
Adres do korespondencji:			
Telefon:		E-mail:	
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu*: <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy** <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna nie zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> osoba pracująca (w tym własna działalność gospodarcza)** stanowisko:..... nazwa jednostki:..... <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo		Wykształcenie*: <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe (np. lic., inż., mgr itp.)	
Wypełnia student, który jest bierny zawodowo. <input type="checkbox"/> Jestem osobą pobierającą rentę rodzinną lub rentę socjalną** <input type="checkbox"/> Jestem rolnikiem** <input type="checkbox"/> Jestem osobą pobierającą świadczenie pielęgnacyjne** osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim / wychowawczym**		Wypełnia student, który posiada źródło dochodu. Mój miesięczny dochód (wynagrodzenie) jest niższy od płacy minimalnej i wynosi: (kwota brutto).	
Urząd Skarbowy, w którym dokonuje rozliczeń podatkowych: Nazwa: Adres:			



Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> Tak*** <input type="checkbox"/> Nie	
Status w chwili przystąpienia do projektu *:	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z zasadami udziału w projekcie zawartymi w Regulaminie określającym kryteria, zasady i warunki uczestnictwa w Projekcie pn. „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu” oraz kwalifikacji do płatnych praktyk zawodowych i wynagradzania studentów, jak również procedurę i tryb przyznawania oraz wypłacania stypendium motywacyjnego dla studentów II i III roku studiów pierwszego stopnia realizowanych w formie stacjonarnej na kierunku Pielęgniarstwo, akceptuję jego warunki i wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie;
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektu;
3. wyrażam gotowość, chęć i zgodę na udział w Projekcie „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Osi Priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych;
4. spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w Projekcie oraz zostałam/em pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
5. nie jestem uczestnikiem innego projektu współfinansowanego w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia;
6. nie posiadam prawa do wykonywania zawodu;
7. w przypadku zaistnienia okoliczności mających wpływ na zmianę powyższych danych zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić pisemnie Kierownika Projektu / Komisję ds. Naboru Uczestników i Stypendiów;
8. wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań w ramach przedmiotowego projektu dla celów promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis studenta)



Klauzula informacyjna dotycząca regulacji RODO dla studentów i słuchaczy Małopolskiej Uczelni Państwowej im. rtm. W. Pileckiego w Oświęcimiu

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Małopolska Uczelnia Państwowa im. rtm. W. Pileckiego w Oświęcimiu z siedzibą przy ul. M. Kolbego 8, 32-600 Oświęcim;
- 2) Inspektorem Ochrony Danych jest Michał Szczerbowski
e-mail: iod@uczelniaoswiecim.edu.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w szczególności w celu wypełnienia obowiązków prawnych wynikających z Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2018 poz. 1668), Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 16 września 2016 roku w sprawie dokumentacji przebiegu studiów (Dz.U. 2016 poz. 1554), Statutu Małopolskiej Uczelni Państwowej im. rtm. W. Pileckiego w Oświęcimiu oraz uchwał Senatu Małopolskiej Uczelni Państwowej im. rtm. W. Pileckiego w Oświęcimiu;
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
 - a) wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
 - b) osoby upoważnione przez Administratora do przetwarzania danych w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych,
 - c) podmioty, którym Administrator zleca wykonanie czynności, z którymi wiąże się konieczność przetwarzania danych (podmioty przetwarzające)
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celów;
- 6) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody na przetwarzanie i wykorzystanie danych dla potrzeb realizacji celów zgodnych z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz aktami wewnątrzzakładowymi Uczelni, w tym realizacją procesu dydaktycznego i jego monitorowania jest równoznaczne z rezygnacją ze studiów;



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- 7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (UODO);
- 8) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do których zostały zebrane. Nie podanie tych danych może skutkować niemożliwością realizacji celów;
- 9) W przypadku gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO) wymagane będzie złożenie w Uczelni przez Panią/Pana stosownego oświadczenia w formie pisemnej;
- 10) Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.

Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną

.....

(podpis studenta/słuchacza)



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 7 do umowy: Wzór oświadczenia uczestnika

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu”, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy Plac Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2016 r., poz. 217, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu
„Program Rozwoju dla Studentów Pielęgniarstwa w PWSZ w Oświęcimiu”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Minister Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, beneficjentowi realizującemu projekt – Małopolska Uczelnia Państwowa im. rtm. Witolda Pileckiego w Oświęcimiu, 32-600 Oświęcim, ul. Maksymiliana Marii Kolbego 8 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.
Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
 5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
 6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
 7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
 8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.