



UMOWA UCZESTNICTWA

zawarta w dniu

pomiędzy

MDDP Akademia Biznesu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością al. Jana Pawła II 25, 00-854 Warszawa, NIP: 5213589864, REGON: 142749140 zwaną dalej "Organizatorem", reprezentowaną przez **Kingę Paciorek – Kierownika Projektów Oświatowych**

a

.....
.....
.....
(imię i nazwisko, dokładny adres, PESEL)

zwanym/zwaną dalej „Uczestnikiem/Uczestniczką Projektu”, zwanymi dalej w umowie, również "Stronami".

Strony umowy uzgodniły, co następuje:

§ 1 - Postanowienia ogólne

1. Uczestnik/czka Projektu oświadcza, iż zapoznał/a się z Regulaminem Projektu, opracowanym przez Organizatora na potrzeby Projektu **"Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania"**, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 – 2020 Oś Priorytetowa II Efektywne polityki publiczne na rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2. 10. Wysoka jakość systemu oświaty.
2. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Uczestnik/czka Projektu oświadcza o zgodności swoich danych osobowych z ich stanem faktycznym oraz przyjmuje do wiadomości możliwość odmowy podania danych wrażliwych.

§ 2 - Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest określenie zasad udziału Uczestnika/Uczestniczki Projektu we wsparciu oraz zasad dofinansowania szkoleń.
2. Wsparcie Uczestnika/Uczestniczki Projektu obejmuje 70 godzin szkoleniowych stacjonarnych oraz 20 godzin e-learningowych realizowanych dla pracowników publicznych i niepublicznych placówek doskonalenia nauczycieli (PDN,ODN,itp.), poradni psychologiczno-pedagogicznych (PPP), bibliotek pedagogicznych (BP), doradców metodycznych oraz specjalistów i trenerów (świadczących usługi szkoleniowe i doradcze w obszarze oświaty bądź deklarujący taką współpracę).
3. Doradztwo - wsparcie, które będzie prowadzone w formie:
 - a) spotkań konsultacyjnych, indywidualnych i grupowych z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb Uczestników/Uczestniczek,
 - spotkania sieci: 4 spotkania konsultacyjne z moderatorem (grupowe) po 6 godzin, podczas których oprócz wsparcia doradczego dotyczącego prowadzenia procesu wspomagania w placówkach dla Uczestników/Uczestniczek zapewniona będzie przerwa kawowa i lunch,
 - konsultacje indywidualne z moderatorem: 4godziny dla jednego/-ej Uczestnika/Uczestniczki,
 - spotkania grupowe z ekspertem: 4 spotkania po 6 godzin,
 - spotkania indywidualne z ekspertem – 4 godziny dla jednego/-ej Uczestnika/Uczestniczki,
 - metody: obserwacje koleżeńskie, coaching indywidualny i zespołowy, superwizja, mentoring;

Kontakt:

e-mail: biuro@akademiawspomagania2.pl
strona internetowa: www.akademiawspomagania2.pl



- b) udziału Uczestnika/Uczestniczki w sieci współpracy i samokształcenia:
- prowadzonej na stronie www.doskonaleniewsieci.pl,
 - w ramach utworzonych 10 sieci średnio 20 osobowych, a maksymalnie 30-osobowych,
 - prowadzonej przez moderatorów, m.in. aktywność na forum, wpisy na blogu, bezpośrednie kontakty z Uczestnikami/Uczestniczkami Projektu (moderator będzie dostępny 2 godziny dziennie przez 9 miesięcy),
 - konsultacje eksperckie (do dyspozycji Uczestnika/Uczestniczki 7 godzin miesięcznie).
4. Wspomaganie – forma wsparcia w ramach której Uczestnicy/Uczestniczki Projektu są zobowiązani do objęcia jednego przedszkola/szkoły/placówki. Wspomaganie będzie realizowane w obszarach związanych z rozwojem kompetencji kluczowych uczniów. Wspomaganie obejmie:
- diagnozę pracy szkoły ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb związanych z rozwijaniem kompetencji kluczowych,
 - zaplanowanie działań służących poprawie jakości pracy szkoły we wskazanych obszarach,
 - podsumowanie prowadzonych działań i ich wpływu na jakość pracy szkoły we wskazanych obszarach.
5. Szkolenia odbywać się będą we wskazanych lokalizacjach na terenie miast, powiatów i gmin w całej Polsce, Uczestnicy/Uczestniczki podczas szkoleń mają zapewnione: materiały szkoleniowe, lunch i przerwę kawową, noclegi i kolacje (dotyczy osób, które mieszkają w miejscowości innej niż ta, w której odbywać się będzie szkolenie), certyfikat potwierdzający ukończenie szkolenia.

§ 3 - Wsparcie

1. Uczestnictwo w szkoleniach jest bezpłatne dla Uczestnika/Uczestniczki.
2. Szkolenia współfinansowane są ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. W przypadku nieuzasadnionej i niezaakceptowanej przez Organizatora rezygnacji Uczestnika/Uczestniczki z udziału w Projekcie lub podania nieprawdziwych danych w oświadczeniach Organizator może obciążyć Uczestnika/Uczestniczkę kosztami uczestnictwa w Projekcie maksymalnie do wysokości kwoty wsparcia przypadającej na jedną osobę w Projekcie, wyliczonej proporcjonalnie od momentu rozpoczęcia udziału w szkoleniach do momentu przerwania udziału w Projekcie.
4. W przypadku nieobecności na szkoleniach, bez uzasadnienia lub w wymiarze mniejszym niż 85%, Organizator, w przypadku uznania kosztu za niekwalifikowany przez instytucję dofinansowującą projekt, będzie uprawniony do dochodzenia kary umownej w wysokości 100% kosztów brutto szkolenia przypadających na jednego Uczestnika. Zastrzeżenie kary umownej nie pozbawia Organizatora prawa dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej.

§ 4 – Obowiązki Uczestnika/Uczestniczki Projektu

1. Uczestnik/Uczestniczka Projektu jest zobowiązany/-a do:
 - a) uczestnictwa we wsparciu, o którym mowa w § 2 pkt. 2 - 4, zgodnie z zasadami ustalonymi przez Organizatora;
 - b) obecności na szkoleniu (min. 85% frekwencji);
 - c) dostarczenia Organizatorowi dokumentów wskazanych w Regulaminie;
 - d) wypełnienia pre i post testu wiedzy;
 - e) przeprowadzenie procesu wspomaganie obejmującego diagnozę potrzeb rozwojowych placówki;
 - f) przedłożenia Organizatorowi planu wspomaganie zawierającego diagnozę i plany doradcze;
 - g) przedłożenia Organizatorowi oświadczenia dyrektora placówki o przeprowadzonym procesie wspomaganie;
 - h) podpisania zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie wymaganym przez Centralny System

Kontakt:

e-mail: biuro@akademiawspomagania2.pl
strona internetowa: www.akademiawspomagania2.pl



Teleinformatycznym SL2014 w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 - 2020. Podpisanie takiej zgody jest dobrowolne, jednak nie podpisanie jej wyklucza Uczestnika/Uczestniczkę z udziału w Projekcie;

- i) udzielania Organizatorowi niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu oraz poddawania się dokonywanej kontroli;
- j) informowania Organizatora o każdej zmianie danych osobowych (w tym adresu zamieszkania, numeru telefonu, zmiany nazwiska, zmiany dowodu osobistego) niezwłocznie po zaistnieniu zmiany;
- k) udzielania informacji instytucjom prowadzącym ewaluację programu na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.

§ 5 – Rozwiązanie umowy

1. Organizator Projektu może wypowiedzieć niniejszą umowę Uczestnikowi/Uczestniczce Projektu ze skutkiem natychmiastowym i bez wypłaty jakichkolwiek odszkodowań w przypadku:
 - a) nieuzasadnionej i niezaakceptowanej przez Organizatora rezygnacji z udziału w Projekcie;
 - b) nieukończenia wybranej formy wsparcia z własnej winy;
 - c) nieprzekazania wyników badań;
 - d) niedotrzymania warunków Umowy kształcenia;
 - e) podania nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy;
 - f) stwierdzenia przez Organizatora nieprawidłowości podczas wizyty monitoringowej i braku wyjaśnienia tych nieprawidłowości przez Uczestnika/uczestniczkę Projektu;
 - g) nie wypełnienia przez Uczestnika/Uczestniczkę Projektu bez usprawiedliwienia, obowiązków wynikających z umowy.

§ 6 – Postanowienia końcowe

1. Postanowienia niniejszej Umowy podlegają prawu polskiemu.
2. Wszelkie spory między Organizatorem a Uczestnikiem/Uczestniczką Projektu związane z realizacją niniejszej umowy podlegają rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Organizatora.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach - po jednym dla każdej ze Stron.
4. Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania przez obie Strony i obowiązuje do dnia rozliczenia wsparcia przez Uczestnika/Uczestniczkę z Organizatorem, jednak nie dłużej niż do 31.07.2020 r.
5. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu.
6. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 7 – Korespondencja

1. Wszelka korespondencja związana z realizacją niniejszej umowy będzie prowadzona w formie pisemnej oraz będzie się powoływała na numer niniejszej umowy. Korespondencja będzie kierowana na poniższe adresy:

a) do Organizatora:

MDDP Akademia Biznesu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością al. Jana Pawła II 25, 00-854 Warszawa

b) do Uczestnika/Uczestniczki Projektu:

.....
Kinga Paciorek

Koordinator Projektu

.....
Podpis Organizatora

.....
Podpis Uczestnika/Uczestniczki

Kontakt:
e-mail: biuro@akademiawspomagania2.pl
strona internetowa: www.akademiawspomagania2.pl



Załącznik nr 1:
Formularz zgłoszeniowy
Projekt „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania”

Formularz zgłoszeniowy

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 - 2020
Oś Priorytetowa 2 Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji
Działanie 2. 10. Wysoka jakość systemu oświaty
Projekt pt. „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania”

A. DANE UCZESTNIKA

Imię		
Nazwisko		
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL	□□□□□□□□□□	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne(ISCED 3), w tym: (kształcenie zakończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> wyższe(ISCED 5-8) (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich)

B. DANE KONTAKTOWE

Adres zamieszkania:

Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Obszar	<input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejsko-miejski
Kod pocztowy	
Poczta	
Ulica	
Nr budynku	



Nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż powyżej)	
Zatrudnienie	<input type="checkbox"/> Pracownik systemu wspomagania szkoły tj. <input type="checkbox"/> Pracownik publicznej lub niepublicznej placówki doskonalenia nauczycieli (PDN,ODN,itp.) <input type="checkbox"/> pracownik publicznej lub niepublicznej poradni psychologiczno - pedagogicznych (PPP) <input type="checkbox"/> pracownik biblioteki pedagogicznej (BP) <input type="checkbox"/> doradca metodyczny <input type="checkbox"/> Trener świadczący usługi szkoleniowe i doradcze w obszarze oświaty, posiadający potwierdzoną współpracę, z co najmniej jedną z ww. instytucji systemu wspomagania (BP, PDN, PPP), bądź deklarujący nawiązanie takiej współpracy. <input type="checkbox"/> Indywidualny specjalista (świadczący usługi szkoleniowe i doradcze w obszarze oświaty, posiadający potwierdzoną współpracę, z co najmniej jedną z ww. instytucji systemu wspomagania (BP, PDN, PPP) bądź deklarujący nawiązanie takiej współpracy.
Zajmowane stanowisko	
Kadra kierownicza	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Nazwa Zakładu Pracy	
NIP zakładu pracy	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Poczta	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

C. STATUS UCZESTNIKA



W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej¹, migrant², osoba obcego pochodzenia³	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań⁴	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z niepełnosprawnościami (jeśli zaznaczano TAK proszę o dołączenie kopii orzeczenia o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych
Jeśli Pani/Pan posiada specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, prosimy o ich wskazanie. Pozwoli to na dostosowanie wsparcia do Pani/Pana potrzeb.	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej innej niż wymienione powyżej (osoby z terenów wiejskich, osoby z wykształceniem poniżej podstawowego, byli więźniowie, narkomani)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych

**D. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY
W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

Osoba pracująca, w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
osoba pracująca w mikro-, małym lub średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
inne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

E. POZOSTAŁE INFORMACJE

Informacje dotyczące organizacji szkolenia (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> Będę korzystał z bezpłatnego noclegu w ramach szkoleń
	<input type="checkbox"/> W trakcie szkolenia proszę o posiłek bezmięsny
Wskazania w zakresie diety	

¹**Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej**- zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

²**Migrant** - cudzoziemiec na stałe mieszkający w danym państwie, obywatel obcego pochodzenia lub obywatel należący do mniejszości.

³**Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec** - osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

⁴**Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** – zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

- bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach);
- bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);
- niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą);
- nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

Kontakt:

e-mail: biuro@akademiaspomagania2.pl
strona internetowa: www.akademiaspomagania2.pl



Numer grupy szkoleniowej	
Chcę podnieść kompetencje w zakresie wykorzystania systemu wspomagania rozwoju kompetencji kluczowych uczniów niezbędnych do poruszania się na rynku pracy, nauczania eksperymentalnego, właściwych postaw uczniów oraz metod zindywidualizowanego podejścia do ucznia w ramach cyklu trzech trzydniowych szkoleń	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/podpisana, w związku z przystąpieniem do Projektu, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/Zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie oraz akceptuję jego warunki.
2. Spełniam i akceptuję wszystkie kryteria formalne dla Uczestników/czek Projektu określone Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania” tj. jestem pracownikiem publicznej lub niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, placówki doskonalenia nauczycieli, biblioteki pedagogicznej, doradcą metodycznym, lub osoba świadcząca usługi doradcze i szkoleniowe w obszarze oświaty, które mają potwierdzoną współpracę z ww. instytucją bądź deklarują nawiązanie takiej współpracy.
3. Zostałem/Zostałam poinformowany/poinformowana, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania;
4. Zostałem/Zostałam poinformowany/poinformowana, że projekt „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Zobowiązuję się poinformować Organizatora, jeśli będę w okresie wypowiedzenia, bądź będę z przyczyn niezależnych przebywać na zwolnieniu lekarskim i w związku z tym nie będę mógł/mogła uczestniczyć w szkoleniu;
6. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym fakcie Organizatora.
7. Zostałem/Zostałam poinformowany/poinformowana o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.
8. W związku z obowiązkiem upowszechniania informacji dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej oraz promocji wyrażam zgodę na utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach, publikowanie zdjęć, w tym na stronie internetowej, portalach społecznościowych czy w prasie.
9. Dane podane w niniejszym dokumencie są zgodne ze stanem faktycznym.

miejscowość, data

czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki



Załącznik nr 2

Oświadczenie o frekwencji

Niniejszym zobowiązuje się do 85% frekwencji na zajęciach/szkoleniach stacjonarnych realizowanych w ramach Projektu „Szkola Trenerów Procesu Wspomagania”.

Załącznik nr 3

Oświadczenie o braku wykluczenia

Niniejszym oświadczam, że:

- nie uczestniczyłem/uczestniczyłam w projektach „Zwiększenie skuteczności...” w ramach projektów pozakonkursowych ORE oraz projektów konkursowych realizowanych w Działaniu 2.10 PO WER dot.: szkolenia i doradztwa dla pracowników systemu wspomagania pracy szkoły i organów prowadzących oraz trenerów, wsparcia tworzenia szkół ćwiczeń, szkolenia i doradztwa dla kadry kierowniczej systemu oświaty (w tym kadry JTS) pod kątem kształtowania umiejętności.

Załącznik nr 4

Oświadczenie dotyczące przeprowadzenia procesu wspomagania

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z Regulaminem Projektu, zobowiązuję się po uzyskaniu wsparcia szkoleniowego do przeprowadzenia procesu wspomagania w szkole/ przedszkolu/ placówce, który obejmuje:

- diagnozę potrzeb rozwojowych danej placówki w zakresie kształcenia kompetencji kluczowych uczniów,
- zaplanowanie działań służących poprawie jakości pracy szkoły we wskazanych obszarach,
- podsumowanie prowadzonych działań i ich wpływu na jakość pracy szkoły/przedszkolu/placówce we wskazanych obszarach.

Załącznik nr 5

Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych

Oświadczam, że związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Szkola Trenerów Procesu Wspomagania” przyjmuję do wiadomości, iż:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, **MDDP Akademia Biznesu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** (adres: al. Jana Pawła II 25, 00-854 Warszawa) informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa. Z Administratorem danych można się skontaktować poprzez adres e-mailowy: kancelaria@miir.gov.pl lub pisemnie przekazując korespondencję na adres siedziby Administratora.

2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez e-mail: iod@miir.gov.pl lub pisemnie przekazując korespondencję na adres siedziby Administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Administrator powierzył przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych, na podstawie zawartej umowy o dofinansowanie projektu **MDDP Akademia Biznesu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** Może

Kontakt:

e-mail: biuro@akademiawspomagania2.pl
strona internetowa: www.akademiawspomagania2.pl



się Pani/Pan również skontaktować z inspektorem ochrony danych **MDDP Akademia Biznesu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**, podmiotu, który realizuje projekt nr UDA-POWR.02.10.00-00-7019/18-00 poprzez email: dane@akademiamddp.pl

3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO:

- rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17.12.2013 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.U.UE.L.2013.347.320, z późn. zm.);

- 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.U.UE.L.2013.347.470) oraz załącznika I i II do tego rozporządzenia;

- 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);

- ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.

4. Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjnopromocyjnych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

5. Podanie danych jest wymogiem niezbędnym do realizacji ww. celu, o którym mowa w pkt. 4. Konsekwencje niepodania danych osobowych wynikają z przepisów prawa, w tym uniemożliwiają udział w projekcie realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

6. Pani/ Pana dane osobowe zostały powierzone Instytucji Pośredniczącej Ministerstwu Edukacji Narodowej (adres: al. Jana Chrystiana Szucha 25, 00-918 Warszawa), beneficjentowi realizującemu projekt **MDDP Akademia Biznesu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** (adres: al. Jana Pawła II 25, 00-854 Warszawa) oraz podmiotom partnerskim, tj. OŚWIATA I BIZNES SPÓŁKA Z OGRONICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (Śląski Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli; ul. Adama Mickiewicza 28/7, 40-092 Katowice). Pani/Pana dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta ewaluację, kontrole i audyt w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

7. Pani/ Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.

8. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, o którym mowa w pkt. 4, do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

9. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia: prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

10. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych, przysługuje Pani/ Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

11. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie będą profilowane.

12. Pani/ Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

miejsowość, data

czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki



Załącznik nr 6

Oświadczenie dotyczące zatrudnienia
Projekt „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania”

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA

Ja niżej podpisany/podpisana:

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

Niniejszym oświadczam, że jestem pracownikiem lub pełnię funkcję:

- a) publicznej lub niepublicznej poradni psychologiczno- pedagogicznej
- b) publicznej lub niepublicznej placówki doskonalenia nauczycieli
- c) biblioteki pedagogicznej
- d) doradcy metodycznego
- e) indywidualnego specjalisty lub trenera (świadczącego usługi szkoleniowe i doradcze w obszarze oświaty i mam potwierdzoną współpracę z co najmniej jedną ww. instytucją systemu wspomagania, bądź deklaruję nawiązanie tej współpracy)

.....
.....
(nazwa placówki/instytucji)

.....
(podpis Uczestnika/Uczestniczki)

- a) Potwierdzenie zatrudnienia przez organ prowadzący/Dyrektora Placówki

.....
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej reprezentującej
Organ prowadzący lub dyrekcji placówki)

Kontakt:
e-mail: biuro@akademiawspomagania2.pl
strona internetowa: www.akademiawspomagania2.pl



Załącznik nr 7:

Zgoda dotycząca przeprowadzenia diagnozy potrzeb
Projekt „Szkoła trenerów Procesu Wspomagania”

.....
(miejscowość i data)

ZGODA DOTYCZĄCA PRZEPROWADZENIA DIAGNOZY POTRZEB

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez Uczestnika Projektu Pana/Panią:

.....
(imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki)

procesu wspomagania, który obejmuje:

- diagnozę potrzeb rozwojowych danej placówki w zakresie kształcenia kompetencji kluczowych uczniów;
- przeprowadzenie, w ramach procesu, wspomagania działań niezbędnych do zaspokojenia zdiagnozowanych potrzeb placówki;

w zarządzanej przeze mnie placówce,

.....
.....
(nazwa placówki/institucji)

.....
(podpis osoby zarządzającej placówką)



Wybór grupy szkoleniowej

Ja,

(imię i nazwisko, PESEL)

oświadczam ,że wezmę udział w szkoleniu,

w terminie:..... w miejscowości.....

.....
(podpis Uczestnika/Uczestniczki)