



## 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;
  - b) udziału Uczestnika/Uczestniczki w sieci współpracy i samokształcenia:
    - prowadzonej na stronie [www.doskonalenietwork.pl](http://www.doskonalenietwork.pl),

Kontakt:

e-mail: [biuro@akademiawspomagania2.pl](mailto:biuro@akademiawspomagania2.pl)  
strona internetowa: [www.akademiawspomagania2.pl](http://www.akademiawspomagania2.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 obejmuje:
- 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 będą się odbywać 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).
6. Certyfikat potwierdzający ukończenie szkolenia stacjonarnego oraz modułu e-learningowego, zostanie wydany po zakończeniu przez Uczestnika/Uczestniczkę wspomaganie w wybranej placówce/szkole/przedszkolu (dla Uczestników/Uczestniczek z 85% frekwencją i pozytywnym wynikiem egzaminu).

### **§ 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



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 wyłaty 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  
Kierownik Projektu

.....  
**Podpis Organizatora**

.....  
**Podpis Uczestnika/Uczestniczki**



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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> <b>brak</b> (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> <b>podstawowe (ISCED 1)</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)
	<input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne (ISCED 2)</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne (ISCED 3), w tym:</b> (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"/> <b>policealne (ISCED 4)</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> <b>wyższe (ISCED 5-8)</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich)
B. DANE KONTAKTOWE		
<b>Adres zamieszkania:</b>		
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 wspomaganie 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 wspomaganie (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 wspomaganie (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 etnicznej <sup>1</sup> , migrant <sup>2</sup> , osoba obcego pochodzenia <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <sup>4</sup>	<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

<sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>Migrant - cudzoziemiec na stałe mieszkający w danym państwie, obywatel obcego pochodzenia lub obywatel należący do mniejszości.

<sup>3</sup>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.

<sup>4</sup>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@akademiawspomagania2.pl](mailto:biuro@akademiawspomagania2.pl)  
strona internetowa: [www.akademiawspomagania2.pl](http://www.akademiawspomagania2.pl)



Wskazania w zakresie diety	
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 „Szkola 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 „Szkola 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

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Szkola Trenerów Procesu Wspomagania” przyjmuję do wiadomości, iż:

1) Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – 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, z późn. zm.),
- 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 2017 r. poz. 1460, 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 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
- 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).
- 2) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
- 3) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwu Edukacji Narodowej (adres: al. Jana Chrystiana Szucha 25, 00-918 Warszawa), beneficjentowi realizującemu projekt – **MDDP Akademia Biznesu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością al. Jana Pawła II 25, 00-854 Warszawa**) i podmiotom partnerskim, tj. **OŚWIATA I BIZNES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (Śląski Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli; ul. Adama Mickiewicza 28/7, 40-092 Katowice)**, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
- 4) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 5) W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
- 6) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
- 7) W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i



Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie<sup>5</sup>:

- 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,
  - 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
  - d) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).
- 8) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwu Edukacji Narodowej (adres: al. Jana Chrystiana Szucha 25, 00-918 Warszawa), beneficjentowi realizującemu projekt – **MDDP Akademia Biznesu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością al. Jana Pawła II 25, 00-854 Warszawa**) i podmiotom partnerskim, tj. **OŚWIATA I BIZNES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (Śląski Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli; ul. Adama Mickiewicza 28/7, 40-092 Katowice)**, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER
- 9) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 10) Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- 11) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 12) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub adres poczty dane@kdkinfo.pl
- 13) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 14) Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

---

miejsowość, data

---

czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

<sup>5</sup> Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.



Załącznik nr 6

Oświadczenie dotyczące zatrudnienia/współpracy \*  
Projekt „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania”

.....  
(miejsowość i data)

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA/WSPÓŁPRACY\*

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 / współpracy \* przez Dyrektora Placówki

.....  
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania placówki)

\* - niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 7:

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

.....  
(miejsowość 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, adres)

.....  
(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)