**Załącznik nr 7**

***OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO***

Dotyczy projektu pn. „Bilans Kompetencji Informatyka” nr Projektu WND-RPSL.11.02.03-24-081E/17 realizowanego w ramach Osi Priorytetowej XI. Wzmocnienie potencjału edukacyjnego dla Działania 11.2 Dostosowanie oferty kształcenia zawodowego do potrzeb lokalnego rynku pracy- kształcenie zawodowe uczniów dla Poddziałania 11.2.3 Wsparcie szkolnictwa zawodowego - konkurs Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Ja, niżej podpisany/a rodzic/opiekun prawny ……………………………………………..……………………….

Zamieszkały/a ………………………………………………………………………………………………………….……

Telefon kontaktowy ……………………………………………………….… **wyrażam zgodę na uczestnictwo** mojego/mojejsyna/córki/podopiecznego/ej…………………………………………………………………………………………w zajęciach dodatkowych, płatnych letnich stażach zawodowych organizowanych w ramach projektu pn. „Bilans Kompetencji Informatyka”nr Projektu WND-RPSL.11.02.03-24-081E/17.

***Oświadczam, że:***

* Spełnia on/ona kryteria kwalifikujące go/ją do udziału w projekcie określone w projekcie i regulaminie rekrutacyjnym.
* Jestem świadoma/świadomy, że obecność mojego dziecka w zajęciach do których został/a zrekrutowany/a jest obowiązkowa.
* Pisemne usprawiedliwienie nieobecności dziecka na zajęciach dodatkowych przekażę osobie prowadzącej zajęcia w celu uzupełnienia dokumentacji Projektu.
* Zobowiązuje się zapewnić dziecku dojazd do miejsca realizacji zajęć.
* Ponoszę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo swojego dziecka w drodze do miejsca i z miejsca odbywania zajęć.
1. Deklaruję uczestnictwo swojego dziecka/podopiecznego w projekcie.
2. Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo syna/ córki **w odbyciu 150 godzinnego stażu zawodowego** organizowanego w ramach projektu pn. „Bilans Kompetencji Informatyka” nr Projektu WND-RPSL.11.02.03-24-081E/17
3. Oświadczam, że **wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie i rozpowszechnienie wizerunku mojego syna/córki/podopiecznego/ej** we wszystkich materiałach i publikacjach promocyjnych, informacyjnych
i raportujących dotyczących realizowanego projektu pn. „Bilans Kompetencji Informatyka” nr WND-RPSL.11.02.03-24-081E/17
4. wyrażam **zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego/mojej syna/córki/podopiecznego/ej**, które będą:
* administrowane przez Zarząd Województwa Śląskiego dla zbioru „Beneficjenci w ramach RPO WSL 2014-2020” oraz Ministra Infrastruktury i Rozwoju dla zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”
* dane osobowe mojego/mojej syna/córki/podopiecznego/ej będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu pn. „Bilans Kompetencji Informatyka” nr WND-RPSL.11.02.03-24-081E/17ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020,
* dane osobowe mojego/mojej syna/córki/podopiecznego/ej zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej - Zarządowi Województwa Śląskiego, ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, beneficjentowi realizującemu projekt-Międzynarodowe Centrum Doskonalenia Zawodowego Sp. z o.o., ul. Celulozowa 19A/6, 87-800 Włocławek, reprezentowane przez Prezesa Zarządu Annę Grabowską w partnerstwie z Miastem Sosnowiec oraz Realizatorem Projektu- Zespołem Szkół Elektronicznych i Informatycznych w Sosnowcu ul. Jagiellońska 13, 41-200 Sosnowiec, reprezentowanym przez Dyrektora Szkoły Panią Marzenę Wola oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu; dane osobowe mojego/mojej syna/córki/podopiecznego/ej mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach RPOWSL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPOWSL lub Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach RPOWSL
* podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna
z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu,
* mam prawo dostępu do treści danych mojego/mojej syna/córki/podopiecznego/ej i ich poprawiania.

Sosnowiec, …………………. ………………………………………...……..…………………………………………..……………..

 czytelny podpis (imię i nazwisko) rodzica/opiekuna prawnego