



## 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 WND-POWR.03.01.00-00-U149/17-00

### 1. Nazwa i adres szkoły/institucji:

.....  
.....

### 2. Dane grupy zgłaszanej do projektu

Liczba uczniów			wypełnia organizator
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 <sup>1</sup>			

### 4. Imiona i nazwiska nauczycieli/opiekunów:

Opiekun 1: .....

Opiekun 2: .....

<sup>1</sup> 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:**

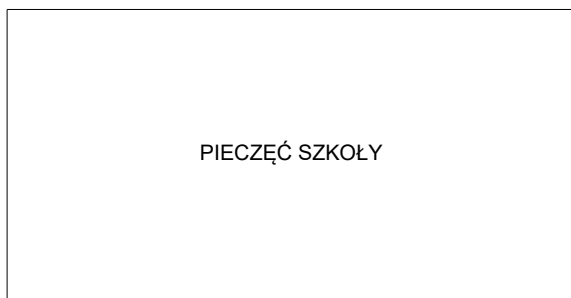
Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu MAŁY MEDYK UMP i warunkami rekrutacji.

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 prawidłowo wypełnione 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