

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Funkcjonowanie i rozwój Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie cz. I”
w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE BIAŁE POLA oraz ZAZNACZYĆ odpowiedni kwadracik

DANE SZKOŁY DO PROJEKTU			
Pełna nazwa Szkoły			
ADRES I DANE KORESPONDENCYJNE			
Ulica			Nr bud
Miejscowość		Województwo	
Poczta		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Imię i nazwisko Dyrektora Szkoły			
Imię i nazwisko osoby do kontaktu			
Nr tel. do kontaktu		Adres email	
Liczba uczniów ogółem			
Liczba uczniów objętych wsparciem psychologa/pedagoga szkolnego (orientacyjna)			

Oświadczam, że:

zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie oraz akceptuję warunki określone w Regulaminie rekrutacji i udziału w Projekcie pt „Funkcjonowanie i rozwój Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie cz. I” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

Ponadto:

- a. wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie zawartych w powyższym formularzu do celów rekrutacji do Projektu zgodnie z Rozporządzeniem 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/RODO).

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pieczęć Dyrektora