



**Załącznik nr 3**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**  
**szkoły/przedszkola**  
**w Projekcie „Kompleksowy system doskonalenia nauczycieli i wspomaganie szkół**  
**w powiecie konińskim”**  
**Nr: UDA-POKL.03.05.00-00-069/13-00**

Realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki  
Priorytet III Wysoka jakość systemu oświaty, Działanie 3.5. Kompleksowe wspomaganie szkół

Ja, niżej podpisana/y .....

Dyrektor/ka szkoły/przedszkola .....

deklaruję udział w Projekcie „Kompleksowy system doskonalenia nauczycieli i wspomaganie szkół w powiecie konińskim” realizowanym przez Powiat Koniński/Powiatową Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Ślesinie w partnerstwie z Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie w ramach Priorytetu III Wysoka jakość systemu oświaty, Działanie 3.5. Kompleksowe wspomaganie szkół Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Jednocześnie oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające do udziału w Projekcie, a dane przedstawione przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszej deklaracji.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka i czytelny podpis dyrektora)



## Zakres danych osobowych uczestników instytucjonalnych biorących udział w projektach realizowanych w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

Uprzejmie prosimy Państwa o wypełnienie formularza DRUKOWANYMI LITERAMI poprzez wstawienie znaku X w odpowiednie miejsce lub wypełnienie pustych pól. Do uzupełnienia są jedynie BIAŁE POLA, POLA SZARE wypełnia pracownik Biura Projektu.

1. Tytuł Projektu „Kompleksowy system doskonalenia nauczycieli i wspomaganie szkół w Powiecie Konińskim.
2. Nr Projektu UDA -POKL.03.05.00-00-069/13-00.
3. Priorytet, w ramach którego jest realizowany projekt III Wysoka jakość systemu oświaty.
4. Działanie w ramach którego jest realizowany Projekt 3.5. Kompleksowe wspomaganie rozwoju szkół.

### DANE INSTYTUCJI, KTÓRA OTRZYMUJE WSPARCIE W RAMACH EFS:

1. Nazwa instytucji:
2. NIP:
3. REGON:
4. Typ instytucji:
<b>Dane kontaktowe:</b>
5. Ulica:
6. Numer budynku:
7. Numer lokalu:
8. Miejscowość:
9. Obszar: <input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski
10. Kod pocztowy:
11. Województwo:
12. Powiat:
13. Telefon stacjonarny:
14. Telefon komórkowy:
15. Adres poczty elektronicznej (e-mail):
<b>Szczegóły wsparcia:</b>
16. Rodzaj przyznanego wsparcia:
17. Data rozpoczęcia udziału w Projekcie:
18. Data zakończenia udziału w Projekcie:
19. Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji:
20. Liczba osób objętych wsparciem w ramach instytucji:

Potwierdzam prawdziwość danych zgodnie z zakresem danych zbieranych do Podsystemu Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego (PEFS)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i czytelny podpis dyrektora)