**Zgoda Rodzica/Opiekuna prawnego na uczestnictwo w Projekcie**

Ja, niżej podpisana/-y ………………………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna

deklaruję udział mojego dziecka ………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko dziecka

uczęszczającego do ……………………………………………………………………………………………………………..

Szkoła, klasa

w projekcie „**Kompleksowe wsparcie kształcenia w zawodzie dla Powiatu Lwóweckiego”** realizowanym przez Powiat Lwówecki, wspófinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 10 Edukacja, 10.4 Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy.

Jednocześnie oświadczam, iż:

1. Moje dziecko spełnia kryterium kwalifikowalności, uprawniające do udziału w Projekcie, tzn. jest uczniem szkoły objętej wsparciem.

2. Zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i w pełni go akceptuję.

3. Przyjmuję do wiadomości, że dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu ewaluacji, zarządzania, kontroli, audytu oraz sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020.

……………………………………………………………..

numer kontaktowy (Rodzica/Opiekuna prawnego)

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………. | …………………………………………………………………… |
| (Data i miejscowość) | (Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego) |