

**WNIOSEK**  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”

**MODUŁ II - Pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

**1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY – należy wypełnić wszystkie pola**

**DANE PERSONALNE**

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  
przez.....ważny do .....r.

Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**

Kod pocztowy   -     
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -     
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

**Kontakt telefoniczny:** nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

**e'mail (o ile dotyczy):** .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa  - media  - Realizator programu  - PFRON  - inne, jakie:

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (dot. osoby uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie)

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**NARZĄD RUCHU**, w zakresie:

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

**NARZĄD WZROKU 04-O**

<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA**

niezatrudniona/y: od dnia: .....  bezrobotna/y od dnia: .....  
 poszukująca/y pracy od dnia: .....  nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: .....  
 na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  
 umowa cywilnoprawna  
 staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....

działalność gospodarcza  
 Nr NIP: .....

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....  
 inna, jaka i na jakiej podstawie: .....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności: .....

**ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE**

<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, kursy, szkolenia jakie:	

**2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

**A. Czy Wnioskodawca korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON (w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR)**

tak  nie

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana		Razem kwota rozliczona	

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak  nie

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak  nie

jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

**Uwaga! W ramach programu „MODUŁ II” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON**

Za „wymagalne zobowiązania” należy rozumieć zobowiązania, których termin zapłaty upłynął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone.

**1. Wnioskodawca otrzymał wcześniej, na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu „STUDENT: tak  nie**

Rok, w którym zostało przyznane dofinansowanie:

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:

Nazwa oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:.....

Nazwa uczelni/szkoły .....

Forma i kierunek kształcenia, która była dofinansowana: .....

**2. Wnioskodawca otrzymał wcześniej, na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu „STUDENT II: tak  nie**

Rok, w którym zostało przyznane dofinansowanie.....

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Nazwa oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:.....

Nazwa uczelni/szkoły .....

Forma i kierunek kształcenia, która była dofinansowana: .....

**3. Wnioskodawca otrzymał wcześniej, na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd” Moduł II: tak  nie**

Rok, w którym zostało przyznane dofinansowanie: .....

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Nazwa jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego, za pośrednictwem której Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:.....

Nazwa uczelni/szkoły .....

Forma i kierunek kształcenia, która była dofinansowana: .....

### 3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:  TAK  NIE

*Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.*

**Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:**

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)      Data rozpoczęcia nauki/studiów .....

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym  nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:  tak  nie

<b>Pełna nazwa szkoły i NIP:</b>				
.....				
.....				
<b>Miejscowość</b>	<b>Ulica</b>	<b>Nr posesji</b>	<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Powiat</b>	<b>Województwo</b>	<b>Nr telefonu</b>	<b>adres</b>	
<b>Wydział</b>	<b>Kierunek nauki</b>	<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<b>Rok nauki</b>	<b>Semestr nauki</b>
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się:			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania:			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca posiada aktualna (ważną) Kartę Dużej Rodziny:			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki.			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca zmienił kierunek lub szkołę/uczelnię i ponownie rozpoczyna naukę od poziomu (semestr/półrocze) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca powtarza semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON w ciągu trwania nauki w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym.			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jeśli „Tak” to należy podać przyczynę powtarzania semestru/półrocza.....				
.....				
Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017 lub 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca otrzymał na pokrycie kosztów wskazanych w poniższej tabeli dofinansowanie ( stypendium) z innych źródeł tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni, pracodawcy oraz funduszy strukturalnych			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jeżeli „tak” należy wskazać przy danej pozycji kosztu, w jakiej części koszt ten zostanie dofinansowany z innych źródeł.....				
.....				

#### 4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Wymagany udział własny*** 15% lub 65% ( w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Oplata za naukę (czesne): .....	**			
Oplata za naukę (czesne): .....	**			
Oplata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich				
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA				
<b>Razem</b>				

\* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania,

\*\* należy wpisać kierunek studiów/nauki,

\*\*\* Udział własny wnioskodawcy w zakresie kosztów czesnego:

15% wartości czesnego – w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym ( na jednym kierunku),

65% wartości czesnego – w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy jednocześnie korzystają z pomocy w ramach więcej niż jednej formy kształcenia na poziomie wyższym ( więcej niż jeden kierunek),

## 5. Oświadczenie o wysokości dochodów:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2015r. , poz. 114 z późn. zm.) w przeliczeniu na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi : .....zł.

(słownie: ..... zł.)

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:

samodzielne gospodarstwo domowe

wspólne gospodarstwo domowe

## 6. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY\* (lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich) na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

numer rachunku bankowego .....

(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nazwa banku .....

\* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

## 7. Uzasadnienie do ubiegania się o przyznanie dofinansowania

**Ja niżej podpisana/y/ pouczone/a/y/ o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”**

**Oświadczam, że:**

1. o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem: PCPR w Tarnobrzegu  tak -  nie. W danym roku nie będę się ubiegał (ała) odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora, na terenie innego samorządu powiatowego.
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),
4. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania

- pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
  6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kosztów czesnego w wysokości: 15% wartości czesnego\*, lub 65% wartości czesnego\*\*.
  7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
  8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

\*dotyczy zatrudnionych beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym ( na jednym kierunku).

\*\* dotyczy zatrudnionych beneficjentów programu, którzy jednocześnie korzystają z pomocy w ramach więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym ( więcej niż jeden kierunek).

*Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.*

<p>..... dnia ..... /..... /20..... r.</p>	<p>.....</p>
<p><b>czytelny podpis Wnioskodawcy</b></p>	

### 8. Załączniki: wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych - wypełnione przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <b><u>Uwaga!</u></b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki <i>(jeżeli tak to w jakiej wysokości).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017r., poz. 1952) obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek.

Dochody z różnych źródeł sumują się.

W przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2016r. (Obwieszczenie Prezesa GUS z dn. 22 września 2017r. M.P. 2017 poz. 884), według wzoru:  $[(2.577 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12] / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .

**Przez pojęcie wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny.

**Przez pojęcie samodzielne gospodarstwo** (jednoosobowe) należy rozumieć gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi +wszelkie opłaty z tego tytułu.

**Uwaga!** W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe/iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

		Przeciętny miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b>		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
RAZEM		

### Oświadczam, że:

1) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, przypadających na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi: .....zł. (słownie: .....zł.)

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....f.  
miejscowość

.....  
podpis Wnioskodawcy

### Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.



**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych  
przez Realizatora programu oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Tarnobrzegu ul. 1 Maja 4** (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

---

*Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.*

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Tarnobrzegu ul. 1 Maja 4** (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*

pieczęć szkoły/uczelni

**ZAŚWIADCZENIE**wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON  
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę\* w.....

.....  
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki:  tak  nieCzy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  tak  nieOkres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym

Forma kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna:  tak  nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze\*\*  
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... złCzesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  nie  tak - ze środków\*\*:

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... w wysokości:..... zł

**Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu:**

Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)

Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)

Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk\*\* (dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia obowiązkowych praktyk\*\* (dzień, miesiąc, rok)

\*-niepotrzebne skreślić

\*\*- jeżeli dotyczy

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: