



**Załącznik nr 1**  
**Wzór**

**Zawiadomienie o rezygnacji uczestnika/uczestniczki z udziału w projekcie  
pn. „Twoja wiedza – Twoja przyszłość IV”**

.....  
*nazwa szkoły*

Zawiadamiam, że w dniu ..... (*data*)

(*imię i nazwisko*) ..... uczestnik/uczestniczka projektu

pn. „Twoja wiedza – Twoja przyszłość IV”

zrezygnował/zrezygnowała z uczestnictwa z następujących powodów:

.....  
.....  
.....  
.....

Nazwa zajęć/kursu/szkolenia z uwzględnieniem liczby godzin, w których uczestniczył

uczestnik/uczestniczka:

.....  
.....  
.....

.....  
data i podpis Dyrektora Szkoły

Sporządził: .....  
data i podpis Pracownika ds. obsługi technicznej

---

**Biuro Projektu:**

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich  
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu  
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306  
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328  
fax. 52 35 92 333  
integracja\_ue@inowroclaw.powiat.pl



**Załącznik nr 2**  
**Wzór**

**Zawiadomienie o zmianie danych  
uczestnika/uczestniczki projektu pn. „Twoja wiedza – Twoja przyszłość IV”**

.....  
*nazwa szkoły*

Zawiadamiam, że uczestnik/uczestniczka ..... (*imię i nazwisko*)

PESEL .....

Zmienił następujące dane:

1. imię i nazwisko: .....
2. adres zamieszkania: .....
3. numer telefonu: .....
4. adres e-mail: .....

.....  
data i podpis Dyrektora Szkoły

Sporządził: .....  
data i podpis  
Pracownika ds. obsługi technicznej



Załącznik nr 3  
Wzór

**ZAŚWIADCZENIE**  
**o podniesieniu/ nabyciu/ uzupełnieniu kompetencji zawodowych/kluczowych**  
**w ramach projektu pn. „Twoja wiedza – Twoja przyszłość IV”**

.....  
imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki

uczeń/uczennica .....  
nazwa szkoły

ukończył/ukończyła zajęcia

pn. ....

oraz podniósł/ nabył/ uzupełnił kompetencje zawodowe/kluczowe w zakresie

.....  
w roku szkolnym: .....

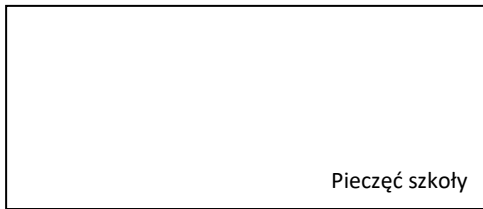
.....  
data i podpis Beneficjenta Projektu

---

**Biuro Projektu:**

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich  
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu  
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306  
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328  
fax. 52 35 92 333  
integracja\_ue@inowroclaw.powiat.pl



Załącznik nr 4  
Wzór

**Protokół z wykonania zadań w ramach projektu pn. „Twoja wiedza – Twoja przyszłość IV”**

za okres ..... (miesiąc kalendarzowy)

**1. Informacje o projekcie**

<b>Nazwa beneficjenta</b>	<b>Tytuł projektu</b>
Powiat Inowrocławski	„Twoja wiedza – Twoja przyszłość IV”

**2. Dane pracownika - personelu projektu**

<b>Imię</b>		<b>Nazwisko</b>	
<b>Nazwa Szkoły</b>			

**3. Łączne zaangażowanie w projekcie**

<b>Nazwa zajęć</b>	<b>Nr grupy</b>	<b>Liczba przydzielonych godzin:</b>

**4. Ustalenia dotyczące wyników zrealizowanych zadań:**

- 1) W okresie objętym protokołem pracownik zrealizował ..... godzin poświęconych na wykonanie zadań w projekcie.
- 2) Zlecone zadania zostały/nie zostały<sup>1</sup> wykonane zgodnie z przydzielonymi godzinami.
- 3) Potwierdza się/nie potwierdza się<sup>2</sup> prawidłowe zrealizowanie zadań przez pracownika.
- 4) W stosunku do przydzielonych godzin wskazuje się następujące niezgodności<sup>2</sup>:

.....  
.....

- 5) Uzgodnienia dotyczące usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Jeżeli nie wystąpiły wpisać nie dotyczy.

**Biuro Projektu:**

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich  
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu  
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306  
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328  
fax. 52 35 92 333  
integracja\_ue@inowroclaw.powiat.pl



.....  
.....

**5. Liczba i ewidencja godzin przeprowadzonych w ramach projektu w danym miesiącu**

Data	Godziny		Liczba godzin lekcyjnych (45 min)	Nazwa zajęć	Nr grupy
	Od	Do			
<b>Razem</b>					

Sporządził:

Zatwierdził:

.....  
data i podpis

.....  
data i podpis Koordynatora Projektu

## Oświadczenie personelu projektu

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Podejmując się realizacji obowiązków w ramach projektu pn. „Twoja wiedza – Twoja przyszłość IV” współfinansowanego ze środków EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2010 (RPO WKP) oświadczam, co następuje:

1. Jestem / Nie jestem\* zatrudniony/a na podstawie stosunku pracy w instytucji uczestniczącej w realizacji Programu Operacyjnego<sup>1</sup>.

Jednocześnie fakt mojego zatrudnienia w instytucji uczestniczącej w realizacji Programu Operacyjnego nie generuje określonej w aktualnych zapisach dokumentu *Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* sytuacji konfliktu interesów i podwójnego finansowania, gdyż jestem zatrudniony w (nazwa instytucji)

- .....  
będącej (rodzaj instytucji uczestniczącej w realizacji PO) - .....  
na stanowisku (nazwa stanowiska) - .....  
w (nazwa jednostki organizacyjnej) - .....\*

2. Moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów nie przekracza 276 godzin miesięcznie<sup>2</sup>.

Informacja o zaangażowaniu zawodowym:

Lp.	Miejsce pracy	Źródło finansowania (program operacyjny lub inicjatywa wspólnotowa) i nr projektu /inne	Stanowisko	Podstawa zatrudnienia (rodzaj umowy)	Okres zatrudnienia (od dnia – do dnia)	Liczba godzin wykonywanych w ramach stanowiska miesięcznie
1.						
2.						

<sup>1</sup>Jako instytucję uczestniczącą w realizacji PO rozumie się IZ PO lub instytucję, do której IZ PO delegowała zadania związane z zarządzaniem PO.

<sup>2</sup>Limit zaangażowania zawodowego dotyczy wszystkich form zaangażowania zawodowego, w szczególności:

- w przypadku stosunku pracy – uwzględnia liczbę dni roboczych w danym miesiącu wynikających ze stosunku pracy, przy czym do limitu wlicza się czas nieobecności pracownika związanej ze zwolnieniami lekarskimi i urlopem wypoczynkowym, a nie wlicza się czasu nieobecności pracownika związanej z urlopem bezpłatnym,
- w przypadku stosunku cywilnoprawnego, samozatrudnienia oraz innych form zaangażowania – uwzględnia czas faktycznie przepracowany, w tym czas zaangażowania w ramach własnej działalności gospodarczej poza projektami (o ile dotyczy).

### Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich  
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu  
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306  
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328  
fax. 52 35 92 333  
integracja\_ue@inowroclaw.powiat.pl

3. Obciążenie wynikające z mojego zaangażowania w projekcie lub w projektach nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich powierzonych mi zadań.
4. Oświadczam, iż jestem świadomy/a, że w razie przekroczenia limitu, o którym mowa w pkt. 4 Oświadczenia, wypłacone mi wynagrodzenie staje się kosztem niekwalifikowanym i podlega żądaniu zwrotu od Beneficjenta przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020.
5. Zobowiązuję się do monitorowania mojego zaangażowania w realizację zadań wynikających z ww. umów. Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Koordynatora Projektu w przypadku zaangażowania w innych projektach.
6. Zobowiązuję się podać wszystkie dane niezbędne do prawidłowego wypełnienia bazy personelu projektu w ramach systemu SL2014.
7. Zobowiązuję się do pisemnego potwierdzenia prawidłowo wykonanych zadań, liczby oraz ewidencji godzin w danym miesiącu kalendarzowym poświęconych na wykonanie zadań w projekcie.
8. Zobowiązuję się do spełnienia warunków, o których mowa w pkt. 2-5 w okresie kwalifikowania mojego wynagrodzenia w przedmiotowym projekcie, a w przypadku zaistnienia zmiany w powyższym stanie rzeczy, który potwierdza niniejsze oświadczenie, zobowiązuję się do poinformowania Beneficjenta o zaistniałych zmianach w terminie 7 dni.
9. Będąc świadomym odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 297 ust. 1 Kodeksu Karnego, oświadczam, iż dane powyższe są zgodne z prawdą i stanem faktycznym na dzień składania oświadczenia.

.....  
(Data i podpis składającego oświadczenie)

\* niepotrzebne skreślić

---

**Biuro Projektu:**

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich  
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu  
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306  
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328  
fax. 52 35 92 333  
integracja\_ue@inowroclaw.powiat.pl

**Załącznik nr 6**  
**Wzór**

**OŚWIADCZENIE**  
**DYREKTORA SZKOŁY**

.....  
(pieczęć szkoły)

Oświadczam, że wyposażenie zakupione w ramach projektu pn. „Twoja wiedza – Twoja przyszłość IV” jest wykorzystywane do prowadzenia procesu kształcenia.

Jako potwierdzenie niniejszego oświadczenia załączam programy zajęć / dzienniki zajęć\*, podczas których wykorzystywano zakupione wyposażenie.

.....  
(data i podpis Dyrektora Szkoły)

\* Niewłaściwe skreślić.



**Ankieta ewaluacyjna ex-post**  
**dla uczestników / uczestniczek projektu**  
**pn. „Twoja wiedza – Twoja przyszłość IV”**

Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Wiek .....	Nazwa szkoły: .....
Nazwa zajęć: .....		

**Jaka jest Twoja całościowa ocena zajęć/kursu w ramach projektu?**

Wyśmienicie	Bardzo dobrze	Dobrze	Słabo	Źle
5	4	3	2	1

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi 1 lub 2 proszę o uzasadnienie.

.....

.....

.....

Przydatność zajęć	Wyśmienicie	Bardzo dobrze	Dobrze	Słabo	Źle
W jakim stopniu udział w projekcie spełnił Twoje potrzeby i oczekiwania?	5	4	3	2	1
Jak oceniasz wzrost swojej wiedzy i kompetencji w wyniku udziału w zajęciach/kursie?	5	4	3	2	1
Czy uczestnictwo w zajęciach/kursie w ramach projektu wpłynęło na rozwój Twoich zainteresowań, pasji i talentów?	5	4	3	2	1
Czy dodatkowe zajęcia edukacyjne (pozaekscyjne)/kursy organizowane przez szkołę są potrzebne?	5	4	3	2	1
Czy udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych (pozaekscyjnych)/kursie ułatwia Ci naukę?	5	4	3	2	1
Czy zajęcia pozaekscyjne/kurs prowadzone w ramach projektu pomogły Ci w przezwyciężeniu trudności szkolnych?	5	4	3	2	1
Czy uczestnictwo w zajęciach pozaekscyjnych/kursie pomaga Ci osiągnąć lepsze wyniki w nauce?	5	4	3	2	1

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi 1 lub 2 proszę o uzasadnienie.

.....

.....

.....

**Biuro Projektu:**

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich  
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu  
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306  
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328  
fax. 52 35 92 333  
integracja\_ue@inowroclaw.powiat.pl



Organizacja zajęć	Wyśmienicie	Bardzo dobrze	Dobrze	Słabo	Źle
Czy uważasz, że ilość zajęć pozalekcyjnych/kursów w ramach projektu jest wystarczająca?	5	4	3	2	1
Czy zostałeś odpowiednio wcześniej poinformowany o terminie i miejscu zajęć?	5	4	3	2	1
Czy zajęcia odbywały się w zaplanowanym wymiarze czasowym?	5	4	3	2	1
Jak oceniasz sposób prowadzenia zajęć?	5	4	3	2	1

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi 1 lub 2 proszę o uzasadnienie.

.....

.....

.....

.....

**Czy w przyszłości chciałbyś uczestniczyć w podobnym projekcie?**

Tak	Nie	Nie mam zdania
-----	-----	----------------

**Jakie zajęcia, szkolenia, kursy proponujesz ująć w przyszłych projektach?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**

**Biuro Projektu:**

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich  
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu  
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306  
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328  
fax. 52 35 92 333  
integracja\_ue@inowroclaw.powiat.pl