



Załącznik nr 5 do Regulaminu naboru i realizacji projektu „Pierwszy krok w Kosmos” na rok szkolny 2025/2026

**POTWIERDZENIE ZREALIZOWANIA ŚCIEŻKI EDUKACYJNEJ
DLA DZIECI NA WCZESNYM ETAPIE EDUKACJI W PROJEKCIE
„PIERWSZY KROK W KOSMOS”**

I. DANE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ, W KTÓREJ ZREALIZOWANO ŚCIEŻKĘ EDUKACYJNĄ	
Nazwa:	
NIP:	
REGON:	
KRS (jeśli dotyczy):	
Telefon:	
Adres e-mail:	
Numer z Rejestru Szkół i Placówek Oświatowych: ¹	
Adres siedziby:	
Adres korespondencyjny: <i>Proszę uzupełnić, w przypadku jeżeli adres korespondencyjny jest inny niż adres siedziby</i>	
Osoba uprawniona do kontaktów:	
Imię i nazwisko:	
Telefon:	
Adres e-mail:	
II. DANE DOTYCZĄCE REALIZACJI ŚCIEŻKI EDUKACYJNEJ	
1. Data/y zajęć wprowadzających w macierzystej placówce oświatowej wskazanej w pkt. I <i>(Należy wprowadzić jedną datę lub kilka dat zajęć lub zakres dat, w których zrealizowano zajęcia wprowadzające – zgodnie ze terminami ich realizacji)</i>	

¹ Dostęp do Rejestru Szkół i Placówek Oświatowych znajduje się na stronie internetowej: <https://rspo.gov.pl/>



**2. Data zajęć w Planetarium
i Obserwatorium Astronomicznym
im. M. Kopernika w Chorzowie**

III. DODATKOWE INFORMACJE

W imieniu Placówki oświatowej wskazanej w pkt. I:

1. potwierdzam zrealizowanie ścieżki edukacyjnej w Placówce oświatowej, zgodnie z umową udziału w projekcie „Pierwszy krok w Kosmos”, Regulaminem naboru i realizacji projektu „Pierwszy krok w Kosmos” na rok szkolny 2025/2026 oraz informacjami wskazanym w poniższym dokumencie,
2. umożliwię osobie/osobom wskazanym w pkt. 1 wniosku „Osoba uprawniona do kontaktów” zapoznanie się i dostęp do informacji dotyczących przetwarzania ich danych osobowych przez Województwo Śląskie na potrzeby poniższego zgłoszenia, zgodnie z załączoną klauzulą informacyjną RODO dla osoby uprawnionej do kontaktów (załącznik nr 9 do Regulaminu naboru i realizacji projektu „Pierwszy krok w Kosmos” na rok szkolny 2025/2026),
3. jestem osobą uprawnioną do reprezentowania Placówki oświatowej wskazanej w pkt. I i podpisania niniejszego potwierdzenia.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

WYPEŁNIA PRACOWNIK URZĘDU MARSZAŁKOWSKIEGO WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA <i>Uzupełnić po zakończeniu weryfikacji dokumentu</i>	TAK/NIE	
	<i>Data</i>	<i>Pieczęć i podpis pracownika/pracowników Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego:</i>
	<i>Dodatkowe uwagi:</i>	