|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY** | | | | | | | | | | | | |
| **Informacje o projekcie** | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa beneficjenta | | | Powiatowy Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy „Pałac” w Przełazach Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| Tytuł projektu | | | Rehabilitacja w Przełazach 2021-2023 | | | | | | | | | |
| **Dane uczestnika** | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj uczestnika | | | | Indywidualny | | | | | | | | |
| Imię | | | |  | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | |  | | | | | | | | |
| PESEL | | | |  | | | | | | | | |
| Płeć | | | |  | Mężczyzna | | |  | | | Kobieta | |
| Wykształcenie: |  | Niższe niż podstawowe (ISCED 0) | | | | | | | | | | |
|  | Podstawowe (ISCED 1) | | | | | | | | | | |
|  | Gimnazjalne (ISCED2) | | | | | | | | | | |
|  | Ponadgimnazjalne (ISCED 3) | | | | | | | | | | |
|  | Policealne (ISCED 4) | | | | | | | | | | |
|  | Wyższe (ISCED 5-8) | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | | | | Lubuskie | | | | | | | | |
| Powiat | | | |  | | | | | | | | |
| Gmina | | | |  | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | |  | | | | | | | | |
| Ulica | | | |  | | | | | | | | |
| Nr budynku | | | |  | | | | | | | | |
| Nr lokalu | | | |  | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | |  | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | | |  | | | | | | | | |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) | | | |  | | | | | | | | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | | | | | | | |
| **-** Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | |  | | Tak | | | |  | | Nie |
| **-** Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | |  | | Tak | | | |  | | Nie |
| **-** Osoba bierna zawodowo | | | |  | | Tak | | | |  | | Nie |
| **-** Osoba ucząca się lub kształcąca | | | |  | | Tak | | | |  | | Nie |
| **-** Osoba pracująca | | | |  | | Tak | | | |  | | Nie |
| Jeżeli tak, zaznacz poniżej | | | |  | | | | | | | | |
| Zatrudniony: | | | |  | | w administracji rządowej | | | | | | |
|  | | w administracji samorządowej | | | | | | |
|  | | w MMŚP | | | | | | |
|  | | w organizacji pozarządowej | | | | | | |
|  | | samozatrudniony | | | | | | |
|  | | w dużym przedsiębiorstwie | | | | | | |
|  | | inne | | | | | | |
| Wykonywany zawód: | | | |  | | | | | | | | |
| Zatrudniony w: | | | |  | | | | | | | | |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | | | | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | |  | | | Tak | |  | | | Nie |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | |  | | | Tak | |  | | | Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | |  | | | Tak | |  | | | Nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej \*\*\* | | | |  | | | Tak | |  | | | Nie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składania oświadczeń niezgodnych z prawdą na potrzeby projektu pn. „Rehabilitacja w Przełazach 2021-2023”, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa VI Regionalny rynek pracy, Działanie 6.7. Profilaktyka i rehabilitacja zdrowotna osób pracujących i powracających do pracy oraz wspieranie zdrowotnych i bezpiecznych miejsc pracy.** | | |
|  |  |  |
| **Miejscowość, data** |  | **Czytelny podpis Beneficjenta** |
|  |  |  |

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

**„Rehabilitacja w Przełazach 2021-2023”**

Oświadczam, że:

Wyrażam wolę uczestnictwa, z własnej inicjatywy, w projekcie pn. „Rehabilitacja w Przełazach 2021-2023” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa VI Regionalny rynek pracy, Działanie 6.7. Profilaktyka i rehabilitacja zdrowotna osób pracujących i powracających do pracy oraz wspieranie zdrowotnych i bezpiecznych miejsc pracy, realizowanego przez **Powiatowy Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy Pałac w Przełazach Sp. z o.o.** Jestem świadomy, iż biorę udział w projekcie realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

1. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w projekcie pn. „Rehabilitacja w Przełazach 2021-2023” nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w takim samym terminie, w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Przedstawione przeze mnie powyżej informacje i dane osobowe są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
3. Zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby badań niezbędnych do prowadzenia ewaluacji i monitoringu Projektu „Rehabilitacja w Przełazach 2021-2023” (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. nr 101 poz. 926 z późn. zm.).
4. Wyrażam zgodę na nieodpłatne i niewyłączne utrwalenie, wykorzystanie i publikację mojego wizerunku na potrzeby projektu i jego promocji. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie i powielenie wykonanych zdjęć w dowolnej formie, dowolnymi metodami za pomocą dowolnych technik w tym ich zwielokrotnianie na potrzeby projektu, nie wyłączając publikacji w gazetach, czasopismach, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych, bilbordach, wystawach, konkursach i innych mediach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | Czytelny podpis Uczestnika projektu |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Rehabilitacja w Przełazach 2021-2023” oświadczam,   
że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy ds. Rozwoju Regionalnego, z siedzibą przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.   
   w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie   
   o ochronie danych) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020 w odniesieniu do zbioru pn. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych na podstawie:
   * 1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
     2. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.   
        w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE)   
        nr 1081/2006,
     3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
     4. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Rehabilitacja w Przełazach 2021-2023”, w szczególności potwierdzenia Kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu projekt - Powiatowy Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy Pałac w Przełazach Sp. z o.o. oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO -Lubuskie 2020.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl).
11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

…..……………………………………… ……………………………………………

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)*

1. \*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-1)