

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU  
dla opiekuna faktycznego**

**„Pyrzyce dla potrzebujących” RPZP.07.06.00-32-K022/19**

Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego <sup>1</sup>	
Podpis osoby przyjmującej Formularz <sup>2</sup>	

Nazwa Programu Operacyjnego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020
Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Poddziałania w ramach Programu Operacyjnego	Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym
Źródło Finansowania	Europejski Fundusz Społeczny
Nazwa Beneficjenta	Gmina Pyrzyce/ Ośrodek Pomocy Społecznej w Pyrzycach
Numer wniosku o dofinansowanie	RPZP.07.06.00-32-K022/19

**CZĘŚĆ I**

**DANE PERSONALNE**

Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data i miejsce urodzenia:		Wiek:	
PESEL:			
Adres zamieszkania: <sup>3</sup>			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	Pyrzyce
Miejscowość:			

<sup>1</sup> j.w.

<sup>2</sup> j.w.

<sup>3</sup> Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. w przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie województwa zachodniopomorskiego, inne podmioty – adres jednostki organizacyjnej w województwie zachodniopomorskim).



Powiat:	Pyrzycki
Województwo:	Zachodniopomorskie
Obszar (proszę zaznaczyć właściwe):	<input type="checkbox"/> Miejski <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Wiejski <sup>5</sup>
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

## CZĘŚĆ II

### STATUS UCZESTNIKA

Kryteria obligatoryjne (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	Jestem osobą zamieszkującą/pracującą/uczącą się w woj. zachodniopomorskim na terenie Gminy Pyrzyce w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego <sup>6</sup> osoby niesamodzielnej - uczestnika projektu „Pyrzyce dla potrzebujących” RPZP.07.06.00-32-K022/19	<input type="checkbox"/> TAK Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej: ..... <input type="checkbox"/> NIE
Status zawodowy kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):  (możliwe jest zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi TAK)	Osoba bezrobotna <sup>7</sup> zarejestrowana lub niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba bierna zawodowo <sup>8</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

<sup>4</sup> obszar położony w granicach administracyjnych miast.

<sup>5</sup> tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej

<sup>6</sup> Opiekun faktyczny - osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny.

<sup>7</sup> Osoba bezrobotna – osoba pozostająca bez zatrudnienia, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności (to osoby, które nie są zarejestrowane jako bezrobotne, lecz nie pracują, aktywnie poszukują pracy i są gotowe do podjęcia zatrudnienia) jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne.

<sup>8</sup> Osoba bierna zawodowo - osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo)



	Osoba pracująca <sup>9</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Jeśli zaznaczono TAK, proszę o wskazanie miejsca zatrudnienia: <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w mikro/ małym/ średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne  Zatrudniona/y w (nazwa firmy/przedsiębiorstwa): ..... .....
	Wykonywany zawód - DOTYCZY OSÓB PRACUJĄCYCH	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psycholog.-pedagogicznej <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego

<sup>9</sup> Osoba pracująca - osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracowała ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków :

- i. osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstw o nie osiąga zysków ;
  - ii. osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np. rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konferencjach lub seminariach);
  - iii. osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.
  - iv. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracą w nosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego. Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”. Żołnierze poborowi, którzy wykonywali określoną pracę, za którą otrzymywali wynagrodzenie lub innego rodzaju zysk w czasie tygodnia odniesienia nie są uznawani za „osoby pracujące” – o ile obowiązkowy pobór i powołanie do wojska dotyczy państwa członkowskiego. Osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, gdzie pracodawca zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i okres ten obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem) są uznawane za „osoby pracujące”.
- „Zatrudnienie subsydiowane” jest uznawane za "zatrudnienie".

		<input type="checkbox"/> inny .....
<p>Wykształcenie kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)</p> <p><i>(Proszę zaznaczyć poziom wykształcenia na podstawie ostatniej ukończonej szkoły / uczelni)</i></p>	Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):</p>	osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba z niepełnosprawnością <sup>10</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
	osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. osobą należąca do jednej lub kilku z poniższych grup: i. osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

<sup>10</sup> Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).



	<p>typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1,</p> <p>ii. byli więźniowie,</p> <p>iii. narkomani,</p> <p>iv. osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań,</p> <p>v. <b>osoby z obszarów wiejskich.</b></p>	
--	--	--

<b>CZĘŚĆ III</b> <b>Formy wsparcia</b>		
Z jakich form wsparcia zamierza Pani/Pan korzystać (proszę zaznaczyć właściwe)	Miejsca krótkookresowego pobytu dziennego dla osób niesamodzielnych - Klub Seniora	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Szkolenia indywidualne – w wymiarze 4 godzin.	<input type="checkbox"/> TAK Proszę zaznaczyć temtykę: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Metody pielęgnacyjne - opieka nad osobą niesamodzielną;</li> <li><input type="checkbox"/> Sposoby aktywizowania podopiecznych;</li> <li><input type="checkbox"/> Metody pracy z podopiecznym cierpiącym na deficyty pamięci.</li> </ul> <input type="checkbox"/> NIE
	Wymiana doświadczeń – spotkanie ok. 1,5 godziny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Wsparcie psychologa – średnio po 10 godzin na uczestnika	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Dyżury pracowników socjalnych z OPS dotyczący udzielania informacji na temat źródeł wsparcia, pomoc w wypełnianiu dokumentów urzędowych, wsparcia w kontaktach z instytucji pomocowych innych niż OPS	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Pisemne uzasadnienie potrzeby wsparcia (minimum 5 zdań)	
---	--



## CZĘŚĆ IV

### SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy osób z niepełnosprawnością

Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w <b>pkt 5 zaznaczono TAK</b> , proszę wymienić potrzeby w zakresie wyżywienia:		
Jeżeli w <b>pkt 6 zaznaczono TAK</b> , proszę wymienić potrzeby:		

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis

### Deklaracja uczestnictwa w projekcie:

Deklaruję uczestnictwo w projekcie **Pyrzyce dla potrzebujących, RPZP.07.06.00-32-K022/19** realizowanym przez Gminę Pyrzyce / Ośrodek Pomocy Społecznej w Pyrzycach w ramach Działania RPZP.07.06.00 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020.

Oświadczam że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:

1. Zamieszkuję na terenie Gminy Pyrzyce w rozumieniu Kodeksu Cywilnego,
2. Jestem opiekunem faktycznym osoby zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym: osoby niesamodzielnej i/lub niepełnosprawnej.

Uczestnik/Uczestniczka Projektu został/została uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

.....  
Data i podpis uczestnika

### POZOSTAŁE OSWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie Pyrzyce dla potrzebujących, RPZP.07.06.00-32-K022/19 realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w formie zaszyfrowanej na stronie internetowej projektu <http://www.opspyrzyce.pl/>
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.
  - Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
  - Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniona do uczestnictwa w projekcie;
  - Oświadczam, że zostałam poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

.....  
Data i podpis uczestnika

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Pyrzyce dla potrzebujących, RPZP.07.06.00-32-K022/19** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
  - 1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
  - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
  - 1) w odniesieniu do zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
    - a) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
- b) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
  - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
- 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
- a) 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,
  - b) 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,
  - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
  - d) 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. **Pyrzyce dla potrzebujących, RPZP.07.06.00-32-K022/19**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt - Gminie Pyrzyce z siedzibą przy Pl. Ratuszowym 1, 74-200 Pyrzyce oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu: Realizatorowi - Ośrodek Pomocy Społecznej w Pyrzycach, siedzibą przy Pl. Ratuszowym 1, 74-200 Pyrzyce, Partnerowi - Ośrodkowi Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych, z siedzibą przy ul. Kminkowej 182e/2, 62-064 Plewiska. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym 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. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.





11. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z [właściwym](#) Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:

- a) [abi@wzp.pl](mailto:abi@wzp.pl)
- b) [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl)

12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*

**OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE:**

Kandydat spełnia/nie spełnia <sup>11</sup> wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent)
Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny
.....

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

<sup>11</sup> Niepotrzebne skreślić.