



Załącznik 3a

do Równościowego regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA/CZKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE – SEGMENT 1

**„Kujawsko-pomorskie samorządy bez barier dostępne dla wszystkich”
POWR.02.18.00-00-0038/20**

Część I – DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/-a:

1. Deklaruję chęć udziału w projekcie: „Kujawsko-pomorskie samorządy bez barier dostępne dla wszystkich” nr POWR.02.18.00-00-0038/20 realizowanym przez Euro Innowacje sp. z o.o., współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój - Priorytet II „Efektywne polityki publiczne na rynku pracy, gospodarki i edukacji”; Działanie 2.18 „Wysokiej jakości usługi administracyjne” w ramach następującego wsparcia: Zadanie 1: Działania w zakresie przeszkolenia 80 pracowników samorządowych 40 jednostek samorządu terytorialnego w zakresie stosowania rozwiązań ułatwiających zatrudnianie osób niepełnosprawnych,
 - **SEGMENT 1: Pracownicy zatrudnieni na stanowiskach, którym przypisane są lub będą obowiązki związane z zatrudnianiem zasobów ludzkich JST oraz kierownicy komórek organizacyjnych i ich zastępcy**
2. Zapoznałem/-am się z Równościowym Regulaminem Rekrutacji i Udziału w Projekcie, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w niniejszym Projekcie określone w w/w Regulaminie, ponieważ jestem:

| Lp. | Zaznaczyć właściwe: | Wpisać nazwę JST |
|------------|--|-------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> pracownikiem samorządowym zatrudnionym na stanowisku, któremu przypisane są lub będą obowiązki związane z zatrudnianiem zasobów ludzkich JST <input type="checkbox"/> kierownikiem komórki organizacyjnej <input type="checkbox"/> zastępcą kierownika komórki organizacyjnej | w Gminie: |





| | | |
|----|--|------------------------------|
| 2. | <input type="checkbox"/> pracownikiem samorządowym zatrudnionym na stanowisku, któremu przypisane są lub będą obowiązki związane z zatrudnianiem zasobów ludzkich JST <input type="checkbox"/> kierownikiem komórki organizacyjnej <input type="checkbox"/> zastępcą kierownika komórki organizacyjnej | w Powiecie: |
| 3. | <input type="checkbox"/> pracownikiem samorządowym zatrudnionym na stanowisku, któremu przypisane są lub będą obowiązki związane z zatrudnianiem zasobów ludzkich JST <input type="checkbox"/> kierownikiem komórki organizacyjnej <input type="checkbox"/> zastępcą kierownika komórki organizacyjnej | w Województwie: |

4. Dane złożone w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia.
5. Zostałem/-am poinformowany/-a, iż Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Wyrażam zgodę do nieodpłatnego wykorzystania mojego wizerunku w celach promocyjnych Projektu ¹.
7. Przekazuję moje dane osobowe dla potrzeb rekrutacji i realizacji niniejszego Projektu .

Część II - FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU (DANE OSOBOWE)

| DANE UCZESTNIKA/CZKI – W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | | |
|--|---|-----------|--|
| 1. | Nazwa instytucji (pracodawcy uczestnika/czki projektu) | Nazwa JST | |
| | | Adres JST | |
| | | NIP | |
| | | REGON | |
| | | Telefon | |
| | E-mail | | |
| 2. | Imię | | |
| 3. | Nazwisko | | |

¹ W przypadku niewyrażenia zgody na wykorzystanie wizerunku prosimy o wykreślenie zapisu





| DANE UCZESTNIKA/CZKI – W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | |
|--|---|---|
| 4. | PESEL | |
| 5. | Wykształcenie | <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) |
| DANE KONTAKTOWE – MIEJSCE ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA/CZKI | | |
| 6. | Województwo | |
| 7. | Powiat | |
| 8. | Gmina | |
| 9. | Miejscowość | |
| 10. | Ulica | |
| 11. | Nr budynku | |
| 12. | Nr lokalu | |
| 13. | Kod pocztowy | |
| 14. | Telefon kontaktowy | |
| 15. | Adres e-mail | |
| STATUS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | |
| 16. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak |
| 17. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak |
| 18. | Osoba z niepełnosprawnościami ² | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak |
| 19. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ³ | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak |

² Osoba w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. , poz. 426, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. 2020 poz. 685, z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

³ Dot. osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z Wytocznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju





SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

| | | |
|------------|--|---|
| 20. | <p>Co możemy zrobić aby Pan/Pani czuł/czuła się komfortowo podczas realizacji Projektu ? Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:</p> | <p><input type="checkbox"/> Dostosowanie architektoniczne pomieszczeń (np. sale szkoleniowe, pokój hotelowy)</p> <p><input type="checkbox"/> Dostosowanie materiałów szkoleniowych w zakresie.....</p> <p><input type="checkbox"/> Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia.....</p> <p><input type="checkbox"/> Zapewnienie asystenta jako wsparcie osoby:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Inne, jakie:.....</p> <p>Preferowana forma kontaktu:</p> <p><input type="checkbox"/> e-mail</p> <p><input type="checkbox"/> telefon</p> <p><input type="checkbox"/> sms</p> |
|------------|--|---|

Regionalnego na lata 2014-2020 (poza sytuacjami wymienionymi w polach nr 16-18) oraz w szczególności osób zaliczających się do niżej wskazanych grup:

- osoby z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3)
- osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu co najmniej ISCED 1) i będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1





Część III – OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

(uwzględnia 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. „Kujawsko-pomorskie samorządy bez barier dostępne dla wszystkich” przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
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 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), **Dz.U.UE.L.2016.119.1, zwane dalej „RODO”** – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 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 2018 r. poz. 1431, 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 w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Kujawsko-pomorskie samorządy bez barier dostępne dla wszystkich” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, ul. Batorego 5, 02-591 Warszawa, Beneficjentowi realizującemu projekt - Euro Innowacje sp. z o.o. z siedzibą ul. Garbary 100/11, 61-757 Poznań oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. 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 PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.
6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
12. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
13. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: biuro@euroinnowacje.com lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@mfi.pr.gov.pl



14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 17, 18 i 19 RODO.
15. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
16. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie oraz monitoringu moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko, PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze: „Zbiór danych osobowych z ZUS”. Dla tego zbioru mają zastosowanie informacje jak powyżej⁴.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

⁴ Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy w ramach Działania 1.3 lub 1.2.