



Fundusze Europejskie  
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU:  
Droga do zatrudnienia - program rozwoju kompetencji społecznych i zawodowych  
osób z niepełnosprawnościami**

**Formularz rekrutacyjny należy wypełnić czytelnie w języku polskim,  
elektronicznie lub odręcznie.**

**Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza Rekrutacyjnego.**

**W miejscu  należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X**

<b>DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU – osoby z otoczenia społecznego</b>			
<b>Imię</b>			
<b>Nazwisko</b>			
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
<b>Data urodzenia</b>			
<b>PESEL</b>			
<b>ADRES ZAMIESZKANIA<sup>1</sup> (zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego)</b>			
<b>Ulica</b>			
<b>Nr domu</b>		<b>Nr lokalu</b>	
<b>Miejscowość</b>		<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Gmina</b>		<b>Poczta</b>	
<b>Województwo</b>	Zachodniopomorskie	<b>Powiat</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>			
<b>Adres e-mail</b>			
<b>DANE KONTAKTOWE (wypełnić <u>wyłącznie</u> w sytuacji, gdy są inne niż dane powyżej)</b>			
<b>Ulica</b>			
<b>Nr domu</b>		<b>Nr lokalu</b>	
<b>Miejscowość</b>		<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Gmina</b>		<b>Poczta</b>	
<b>Województwo</b>		<b>Powiat</b>	

<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	
<b>Wyższe ISCED 5-8</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Pomaturalne/policealne ISCED 4</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ponadgimnazjalne ISCED 3</b>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

<b>Gimnazjalne ISCED 2</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Podstawowe ISCED 1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Brak ISCED 0</b>	<input type="checkbox"/>

### KRYTERIA FORMALNE - OBLIGATORYJNE

( należy zaznaczyć „X” we właściwym polu): TAK NIE	
<p>Oświadczam pod groźbą odpowiedzialności karnej, iż jestem osobą spełniającą warunek:</p> <p>1. Otoczenie osób z grupy docelowej - spokrewnionych lub niespokrewnionych, wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, bez względu na wykształcenie, płeć i status na rynku pracy.</p>	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE

STATUS NA RYNKU PRACY	
<b>Osoba bierna zawodowo</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>W tym:</b>	
<b>Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Osoba ucząca się</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>W tym:</b>	
<b>Osoba długotrwale bezrobotna</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Inne</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>W tym:</b>	
<b>Osoba długotrwale bezrobotna</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Osoba pracująca</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Nazwa Zakładu pracy:</b>	

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB

Rodzaj potrzeby	Opis potrzeby	Nie zgłaszam specjalnych potrzeb lub nie dotyczy
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe:		
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/szkoleniowych:		
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:		
Zapewnienie tłumacza języka migowego:		<input type="checkbox"/>
Dostosowanie czasu/ zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy:		
Wydłużony/adekwatny czas wsparcia:		
Umożliwienie powrotu do przekazywanych treści:		

<b>Umożliwienie dostosowania godz. zajęć do potrzeb UP:</b>		
<b>Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością:</b>		
<b>Inne:</b>		

<b>MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE: SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus) (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)</b>	
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane). Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą obcego pochodzenia. To każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą państwa trzeciego. Zalicza się tu osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpieczeństwa zgodnie z Konwencją o statusie bezpieczeństwa z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą z niepełnosprawnościami 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.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA:

Oświadczam że:

- zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Droga do zatrudnienia - program rozwoju kompetencji społecznych i zawodowych osób z niepełnosprawnościami”,
- podane wyżej dane są poprawne,
- zapoznałem/-am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, akceptuję go i jestem świadomy/-a możliwości wprowadzania w nim zmian,
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- na dzień wypełniania formularza rekrutacyjnego nie uczestniczę w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie „Droga do zatrudnienia - program rozwoju kompetencji społecznych i zawodowych osób z niepełnosprawnościami” nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym z UE,
- przynależę do grupy docelowej projektu określonej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,
- przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym oraz załączniku do Formularza rekrutacyjnego dane osobowe oraz adres zamieszkania są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień przystąpienia do projektu
- jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuje do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem zgodności z prawdą,
- zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków EFS+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027,
- zostałem/-am poinformowany/a, że Stowarzyszenie Promocji Zdrowia „Bez Granic” jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załącznika.  
Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez Stowarzyszenie Promocji Zdrowia „Bez Granic” i Partnerów wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu, CST 2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027),
- dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania,
- zostałem/-am poinformowany/a, że Stowarzyszenie Promocji Zdrowia „Bez Granic” zapewnia standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem 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),

- zapoznałem/łam się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez Stowarzyszenie Promocji Zdrowia „Bez Granic”. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego,
- zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie,
- zobowiązuje się do powiadomienia Beneficjenta do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie na temat uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, aktualnej sytuacji na rynku pracy, sytuacji społecznej w tym dostarczenia niezbędnych dokumentów.
- mam świadomość, iż złożenie formularza do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie,
- w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu,

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika



## KLAUZULA INFORMACYJNA

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

W związku z przystąpieniem do Projektu pn.

„Droga do zatrudnienia - program rozwoju kompetencji społecznych i zawodowych osób z niepełnosprawnościami“ przyjmuję do wiadomości, iż: 1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. Stowarzyszenie Promocji Zdrowia „Bez Granic“, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym; Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.

2. 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 FEPZ 2021- 2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.

3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:

a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;

b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;

c) Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);

4. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Droga do zatrudnienia - program rozwoju kompetencji



społecznych i zawodowych osób z niepełnosprawnościami“, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.

5. Dodatkowo 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. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

8. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:

a) /należy wskazać adres poczty elektronicznej IOD Beneficjanta/(jeśli dotyczy);

b) iod@wup.pl

9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

10. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.

11. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.

12. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU