



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach RPO Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 1 do regulaminu projektu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu pt.: „Praktycznie Niezawodni – podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób dorosłych w województwie świętokrzyskim”

realizowanego w ramach umowy nr: RPSW.08.05.03-26-0026/19

Dane podstawowe		
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
4.	PESEL	
Adres zamieszkania / dane kontaktowe		
5.	Województwo	<input type="checkbox"/> Świętokrzyskie <input type="checkbox"/> Inne:
6.	Kod pocztowy	
7.	Poczta	
8.	Powiat	
9.	Gmina	
10.	Miejscowość	
11.	Ulica	
12.	Numer domu	
13.	Numer lokalu	
14.	Telefon kontaktowy	
15.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
16.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe
		<input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (średnie)
		<input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe

Pozostałe informacje dotyczące uczestnika		
17.	Jestem osobą niepełnosprawną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
18.	Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
19.	Jestem migrantem, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach RPO Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

20.	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi		
21.	Przebywam w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak * <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi *jeśli tak, to czy przebywam w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
22.	Samotnie wychowuję dziecko / dzieci	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi		
23.	Jestem w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak (jakiej?)..... <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi		
Status osoby na rynku pracy				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> osoba nie pracująca W tym: jestem zarejestrowana/y w PUP/MUP jako osoba bezrobotna: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie jestem osobą aktywnie poszukującą pracy, zdolną do pracy i gotową do jej podjęcia: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie jestem osobą długotrwale bezrobotną¹: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie uczę się lub kształcę: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> osoba pracująca W tym: <input type="checkbox"/> zatrudniona w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> zatrudniona w administracji rządowej <input type="checkbox"/> zatrudniona w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> samozatrudniona (działalność na własny rachunek) <input type="checkbox"/> zatrudniona w MMŚP (do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie (250 i więcej pracowników) <input type="checkbox"/> inne Wykonywany zawód: Nazwa pracodawcy: </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> osoba nie pracująca W tym: jestem zarejestrowana/y w PUP/MUP jako osoba bezrobotna: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie jestem osobą aktywnie poszukującą pracy, zdolną do pracy i gotową do jej podjęcia: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie jestem osobą długotrwale bezrobotną ¹ : <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie uczę się lub kształcę: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> osoba pracująca W tym: <input type="checkbox"/> zatrudniona w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> zatrudniona w administracji rządowej <input type="checkbox"/> zatrudniona w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> samozatrudniona (działalność na własny rachunek) <input type="checkbox"/> zatrudniona w MMŚP (do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie (250 i więcej pracowników) <input type="checkbox"/> inne Wykonywany zawód: Nazwa pracodawcy:
<input type="checkbox"/> osoba nie pracująca W tym: jestem zarejestrowana/y w PUP/MUP jako osoba bezrobotna: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie jestem osobą aktywnie poszukującą pracy, zdolną do pracy i gotową do jej podjęcia: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie jestem osobą długotrwale bezrobotną ¹ : <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie uczę się lub kształcę: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> osoba pracująca W tym: <input type="checkbox"/> zatrudniona w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> zatrudniona w administracji rządowej <input type="checkbox"/> zatrudniona w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> samozatrudniona (działalność na własny rachunek) <input type="checkbox"/> zatrudniona w MMŚP (do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie (250 i więcej pracowników) <input type="checkbox"/> inne Wykonywany zawód: Nazwa pracodawcy:			
Wniosek o zwolnienie z opłaty za uczestnictwo w szkoleniu (50 zł)²:				
Ja niżej podpisany/a, w związku z faktem <u>pozostawania bez zatrudnienia</u> , wnioskuję <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie o zwolnienie mnie z obowiązku częściowej odpłatności za uczestnictwo w kursie Kwalifikowalnej Pierwszej Pomocy.				
Jestem osobą zatrudnioną/pełnię służbę/ jestem członkiem³ jednostki współpracującej z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego na terenie województwa świętokrzyskiego, o której mowa w <u>Ustawie z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym.</u>				
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				

¹ Osoba długotrwale bezrobotna to osoba która:

- jeśli ma mniej niż 25 lat – jest bezrobotna przez okres ostatnich 6 miesięcy,
- jeśli ma 25 lub więcej lat – jest bezrobotna przez okres ostatnich 12 miesięcy.

² Dotyczy tylko osób pozostających bez zatrudnienia.

³ Należy rozumieć jako formalne powiązanie na podstawie umowy o pracę, umowy cywilno-prawnej, powołania, członkostwa, etc.





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach RPO Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 KK za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Praktycznie Niezawodni – podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób dorosłych w województwie świętokrzyskim**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla Zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielce 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla Zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
 - a). udzielenia wsparcia, b). potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, c). monitoringu, d). ewaluacji, e). kontroli, f). audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje, g). sprawozdawczości, h). rozliczenia projektu, i). zachowania trwałości projektu, j). archiwizacji.
- 4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Wojewódzkiemu Wodnemu Ochotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu w Kielcach, ul. Krakowska, 25-029 Kielce i TOMASZ MOLENDOWSKI TOM, ul. Żelazna 47/51A lok. 15, 25-014 Kielce oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu „**Praktycznie Niezawodni – podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób dorosłych w województwie świętokrzyskim**” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Ponadto oświadczam:

1. Powyższe dane są zgodne z prawdą.





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach RPO Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

2. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
3. Stan mojego zdrowia pozwala na udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy.
4. Zapoznałem się i przyjąłem do wiadomości zapisy regulaminu projektu pt. „Praktycznie Niezawodni – podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób dorosłych w województwie świętokrzyskim” oraz przyjąłem/am do wiadomości, iż projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Poddziałanie 8.5.3 Edukacja formalna i poza formalna osób dorosłych, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa.
5. Spełniam wymagane regulaminem projektu warunki uczestnictwa w projekcie.
6. Deklaruję chęć udziału w projekcie zgodnie z powyższym regulaminem.
7. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
8. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie zobowiązuję się do uiszczenia opłaty w wysokości **50 zł brutto** za przystąpienie do kursu Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy, stanowiącej wkład własny w realizację projektu „Praktycznie Niezawodni – podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób dorosłych w województwie świętokrzyskim”⁴.
9. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatorów Projektu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

⁴ Wyłączone z powyższego obowiązku są osoby pozostające bez zatrudnienia w chwili przystąpienia do projektu, które złożą wniosek o zwolnienie z przedmiotowej opłaty.





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach RPO Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

DECYZJA KWALIFIKACYJNA (na podstawie formularza zgłoszeniowego) – wypełnia kadra zarządzająca projektem.

Uczestnik/czka został/a zakwalifikowana do udziału w projekcie

Uczestnik/czka nie został/a zakwalifikowana do udziału w projekcie

ZWOLNIENIE Z OPŁATY ZA UCZESTNICTWO W KURSIE KWALIFIKOWANEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ – wypełnia kadra zarządzająca projektem.

Tak

Nie

Uzasadnienie:

.....
.....

.....

Data

.....

Podpis członka kadry projektu

REZYGNACJA Z UDZIAŁU W PROJEKCIE (wypełnia Uczestnik/czka lub kadra projektu)

Z dniem-.....-.....r. rezygnuję/ Uczestnik(czka) zrezygnował(a)* z udziału w projekcie.

Powodem rezygnacji jest:

*Niepotrzebne skreślić

.....

Data

.....

Podpis

