Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

1. **Informacje o projekcie**

Projekt *Kompleksowy program na rzecz zdrowia pracowników z terenów wiejskich OSI woj. świętokrzyskiego*, nr umowy RPSW.08.02.01-26-0002/18-00 w ramach Osi Priorytetowej RPSW.08.00.00 Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo Działania RPSW.08.02.00 Aktywne i zdrowe starzenie się Poddziałania RPSW.08.02.01 Przeciwdziałanie przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej (projekty konkursowe) realizowany przez **Świętokrzyski Związek Pracodawców Prywatnych Lewiatan** w partnerstwie z Stowarzyszeniem PROREW i Centrum Medycznym OMEGA H Skowerska Sp. z o.o., w okresie od 01.01.20119 do 30.06.2020. Projekt *Kompleksowy program na rzecz zdrowia pracowników z terenów wiejskich OSI woj. świętokrzyskiego* jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

1. **Dane osobowe kandydata/kandydatki**

Imię……………………………… Nazwisko………………………………… PESEL………………………………………….. wiek……… płeć K\* M\*

**Adres zamieszkania**:

ulica……………………………………………… nr domu………… nr lokalu………… miejscowość…………………………… kod pocztowy……………………

poczta…………………………… województwo…………………………………… powiat………………………… gmina…………………………………………………

telefon kontaktowy………………………………………   
e-mail………………………………………………………

**Wykształcenie\*:** niższe niż podstawowe 🞎 podstawowe 🞎 gimnazjalne 🞎ponadgimnazjalne 🞎 policealne 🞎 wyższe 🞎

Oświadczam, że mieszkam/uczę się/pracuję\* na terenie gminy obszaru OSI woj. świętokrzyskiego[[1]](#footnote-1) tj w ……………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Status Uczestniczki/ka Projektu w chwili przystąpienia do projektu.** Oświadczam, że jestem (zaznaczyć wszystkie, które dotyczą): | |
| **Zatrudniony/a w tym:**  □ osoba pracująca w administracji rządowej  □ osoba pracująca w administracji samorządowej  □osoba pracująca w Mikro, Małym, Średnim Przedsiębiorstwie  □ osoba pracująca w organizacji pozarządowej  □ osoba prowadząca działalność na własny rachunek  □ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  □ inna (w tym rolnik, domownik rolnika)  **Wykonywany zawód:** …………………………………………………………  **Stanowisko pracy**:  …………………………………………………………..  **Nazwa i adres firmy:** ……………………………………………………………  …………………………………………………………… | **1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**  *□ Tak □ Nie □ Odmowa podania informacji*  **2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  *□ Tak □ Nie*  **3. Osoba z niepełnosprawnościami (jeśli tak należy dostarczyć orzeczenie o niepełnosprawności)**  *□ Tak □ Nie*  **4. Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej- innej niż wymienione powyżej, np. zamieszkiwanie na terenach wiejskich**  *□ Tak, proszę wymienić ………*  *……………………………………………………………………………………………………….*  *□ Nie □ Odmowa podania informacji* |
| **Formy wsparcia**   * **Pakiet świadczeń medycznych wykraczający poza zakres badań profilaktycznych\* –** kompleksowe badania medyczne wykonane w CM OMEGA w Kielcach wraz z wizytą u lekarza internisty i dietetyka. Badania tj. oznaczenie morfologii krwi, OB, badanie ogólne moczu, poziomu glukozy we krwi, cholesterolu całkowitego, cholesterolu, cholesterolu LDL, trójglicerydów, PSA(M50+), ASO, CRP, czynnika reumatoidalnego, kwasu moczowego, witaminy D3 25OH-istotna z pkt. chorób układu ruchu-reumatoidalnych dla 50+, USG piersi dla kobiet do 50r.z.),oznaczanie TSH, EKG, RTG klatki piersiowej.   *□ Tak □ Nie*  *(\*obowiązkowa forma wsparcia dla każdego uczestnika)*   * **Edukacja zbiorowa dla pracowników na terenie zakładu pracy w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych – warsztaty antynowotworowe z edukatorem, lekarzem onkologiem i pielęgniarką, w podziale dla kobiet i mężczyzn\*.**   Udział w warsztacie edukacyjnym nt. profilaktyki nowotworowej- czas trwania 4 godzin na terenie zakładu pracy.  *(\*wypełniają wyłącznie pracownicy działów administracyjnych i kadry zarządzającej)*  *□ Tak □ Nie*   * **Skorzystanie z punktu indywidualnych konsultacji z psychologiem na terenie zakładu pracy.**   *□ Tak □ Nie*   * **Edukacja zbiorowa dla pracowników na terenie zakładu pracy w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych – warsztaty antystresowe\*.** Udział w warsztacie edukacyjnym nt. radzenia sobie ze stresem/walki ze stresem - czas trwania 8 godzin na terenie zakładu pracy   *(\*wypełniają pracownicy działów administracyjnych i kadry zarządzającej)*  *□ Tak □ Nie*   * **Udział w wyjazdowym pakiecie pobytowym - rehabilitacyjnym pn. Zdrowe Plecy i/lub Antystress\*.** Wyjazd do sanatorium, obiektu na terenie strefy uzdrowiskowej w sumie na 6 dni – 5 noclegów (lub 2 x 3 dni - 2 noclegi), możliwość podziału wyjazdu na 2 x 3 dni, pobyt możliwy również w weekendy. Pakiet wyjazdowy obejmuje nocleg, wyżywienie, 3 lub 4 zabiegi, opiekę kadry medycznej itp.   *□ Tak □ Nie*  *(\*obowiązkowa forma wsparcia dla każdego uczestnika)*   * **Edukacja zbiorowa dla pracowników na terenie zakładu pracy w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych\*** – udział w pikniku dla pracowników i ich rodzin zorganizowanym na terenie zakładu pracy:   *□ Tak □ Nie*  *(\*obowiązkowa forma wsparcia dla każdego uczestnika)* | |
| **Skąd dowiedziałam/em się o projekcie** | |
| Od pracownika biura projektu □ Z plakatów i ulotek w zakładzie pracy □ Ze strony internetowej projektu □  Z profilu projektu na Facebook □ W dziale kadr/personalnym zakładu pracy □ Od rodziny/znajomych □ | |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

1. Deklaruję udział w projekcie *Kompleksowy program na rzecz zdrowia pracowników z terenów wiejskich OSI woj. świętokrzyskiego.*
2. Zostałam/em poinformowana/y o zasadach udziału w projekcie.
3. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia. Jednakże odmowa podania danych dotyczących stanu zdrowia w pkt III jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w projekcie. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są aktualne i prawdziwe. Zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r., poz. 1000).
5. Złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.

…………………………………………………………………

**Data, miejsce i czytelny podpis uczestnika**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

1. W związku z przystąpieniem do projektu *Kompleksowy program na rzecz zdrowia pracowników z terenów wiejskich OSI woj. świętokrzyskiego* oświadczam, że obecnie nie korzystam z tego samego wsparcia   
   w innych projektach współfinansowanych przez UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem i zasadami udziału w projekcie oraz spełniam warunki udziału w projekcie.
3. Zostałem/am poinformowany/a o konieczności mojej partycypacji w kosztach w związku z udziałem w niniejszym projekcie. Odpłatność za noclegi podczas wyjazdowych pobytów rehabilitacyjnych wyniesie łącznie 160 zł brutto.
4. Zostałem/am poinformowana o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
5. Zostałem/am poinformowana/y o obowiązku przekazania danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
6. Zostałem/am poinformowana o możliwości udziału w badaniu ewaluacyjnym.
7. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020. Realizacja projektu jest współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

…………………………………………………………………

**Data, miejsce i czytelny podpis uczestnika**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. *Kompleksowy program na rzecz zdrowia pracowników z terenów wiejskich OSI woj. Świętokrzyskiego,* oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
  2. 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:

1. udzielenia wsparcia,
2. potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
3. monitoringu,
4. ewaluacji,
5. kontroli,
6. audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
7. sprawozdawczości,
8. rozliczenia projektu,
9. zachowania trwałości projektu,
10. archiwizacji.
    1. 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)
    2. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Świętokrzyskiemu Związkowi Pracodawców Prywatnych Lewiatan, ul. Warszawska 25/4, Kielce 25-512 (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu Stowarzyszenie PROREW, Centrum Medycznemu OMEGA Sp. z o.o.. 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;
    3. 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 postepowań administracyjnych.
    4. Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
    5. 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.
    6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu *Kompleksowy program na rzecz zdrowia pracowników z terenów wiejskich OSI woj. świętokrzyskiego* oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
    7. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych , ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, telefon: 22 860 70 86.

…………………………………………………………………

**Data, miejsce i czytelny podpis uczestnika\***

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

**POSTĘPOWANIE REKRUTACYJNE (wypełnia personel projektu):**

**Kryteria obligatoryjne** udziału w projekcie – ocena: spełnia/nie spełnia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Status os. pracującej* | *Status os. pracującej bądź mieszkającej na terenie obszaru OSI województwa świętokrzyskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego* | *Kompletny, podpisany, opatrzony datą formularz zgłoszeniowy wraz z deklaracją uczestnictwa w projekcie* |
|  |  |  |

**Kryteria premiujące:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Płeć – kobiety dodatkowe 3 pkt* | *Wiek - osoba w wieku 50 +*  *dodatkowe 2 pkt);* | *osoba niepełnosprawna*  *dodatkowy 1 pkt* |
|  |  |  |

⃞ Zakwalifikowano do udziału w projekcie

⃞ Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie.

Uzasadnienie ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

⃞Specjalne potrzeby uczestnika projekty, jakie?.................................................................................................

**…………………………………………………………………**

**Data i podpis pracownika projektu**

1. \*proszę podkreślić właściwe

   Obszarze Strategicznej Interwencji (OSI) – obszary o najgorszym dostępie do usług publicznych, określone w regulaminie rekrutacji – pkt. 5.5.1. b) oraz w załączniku nr 2 do regulaminu – mapa gmin OSI woj. świętokrzyskiego [↑](#footnote-ref-1)