



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy:	
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

1	Tytuł projektu	Kwalifikacje drogą do sukcesu
2	Nr naboru	RPSW.08.05.03-IZ.00-26-281/19
3	Numer i nazwa Osi Priorytetowej	RPSW.08.00.00 Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo
4	Numer i nazwa Działania	RPSW.08.05.00 Rozwój i wysoka jakość szkolnictwa zawodowego i kształcenia ustawicznego
5	Numer i nazwa Poddziałania	RPSW.08.05.03 Edukacja formalna i pozaformalna osób dorosłych (projekty konkursowe)

Lp.	Informacje ogólne o kandydacie na Uczestnika Projektu	
	Nazwa	Opis

1	Imię (imiona)	
2	Nazwisko	
3	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
4	Data urodzenia	
5	Miejsce urodzenia	
6	PESEL	
7	Wiek	
8	Obywatelstwo	
9	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> <b>Brak</b> (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0 <input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1 <input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2 <input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3 <input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4 <input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich itp.) ISCED 5-8



Dane kontaktowe Uczestnika/czki Projektu			
10	<b>Obszar</b>	<input type="checkbox"/> Obszar miejski	<input type="checkbox"/> Obszar wiejski
11	<b>Miejscowość</b>		
12	<b>Ulica</b>		
13	<b>Nr domu</b>		
14	<b>Nr lokalu</b>		
15	<b>Kod pocztowy</b>		
16	<b>Poczta</b>		
17	<b>Gmina</b>		
18	<b>Powiat</b>		
19	<b>Województwo</b>		
20	<b>Nr telefonu</b>		
21	<b>Adres e-mail</b>		
Oświadczenie o niepełnosprawności			
<p>Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawna*, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r., poz. 511) i/lub zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r., poz. 882)</p> <p><b>*osoby z niepełnosprawnością muszą przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważny dokument.</b></p>			<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, że zamieszkuję (zgodnie z KC*) na terenie Województwa świętokrzyskiego, pod adresem wskazanym w formularzu zgłoszeniowym.</p> <p><i>*Zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego, miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. Dla ustalenia że dana osoba ma miejsce zamieszkania w określonej miejscowości (kraju), konieczne jest stwierdzenie występowania dwóch przesłanek – przebywania i zamiaru stałego pobytu.</i></p>			<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, że <b>jestem osobą pracującą</b></p> <p>.....</p> <p>Nazwa Pracodawcy</p> <p>.....</p> <p>Stanowisko</p>			<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE





Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej/migrantem/ osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>WYBRANY SPOSÓB POINFORMOWANIA O WYNIKACH REKRUTACJI</b>	
<input type="checkbox"/> telefonicznie pod numerem wskazany w formularzu <input type="checkbox"/> mailowo na adres e-mail wskazany w formularzu <input type="checkbox"/> listownie na wyżej wskazany adres	
<b>INFORMACJA O ZAINTERESOWANIU KURSAMI W PROJEKCIE</b>	
<b>Oświadczam, że jestem zainteresowana/y następującym kursem realizowanym w ramach projektu</b> <i>(należy zaznaczyć tylko jeden kurs spośród podanych poniżej)</i>	
OPERATOR WÓZKÓW WIDŁOWYCH Z WYMIANĄ BUTLI GAZOWEJ	<input type="checkbox"/> TAK
PRACOWNIK DS. KADR I PŁAC	<input type="checkbox"/> TAK
SPECJALISTA DS. TRANSPORTU I LOGISTYKI + PRAWO JAZDY KAT. C Jednocześnie świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że nie posiadam prawa jazdy kategorii C <input type="checkbox"/> TAK, nie posiadam w/w prawa jazdy	<input type="checkbox"/> TAK
SPECJALISTA DS. TRANSPORTU I LOGISTYKI + PRAWO JAZDY KAT. C I KWALIFIKACJA WSTĘPNA PRZYSZPIESZONA Jednocześnie świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że nie posiadam prawa jazdy kategorii C <input type="checkbox"/> TAK, nie posiadam w/w prawa jazdy	<input type="checkbox"/> TAK
SPECJALISTA DS. TRANSPORTU I LOGISTYKI + PRAWO JAZDY KAT. C +E Jednocześnie świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że posiadam prawa jazdy kategorii B i C <input type="checkbox"/> TAK, posiadam w/w prawa jazdy	<input type="checkbox"/> TAK
MASAŻYSTA + PRAWO JAZDY KAT. B Jednocześnie świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że nie posiadam prawa jazdy kategorii B <input type="checkbox"/> TAK, nie posiadam w/w prawa jazdy	<input type="checkbox"/> TAK
KOSMETYCZKA + PRAWO JAZDY KAT. B Jednocześnie świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że nie posiadam prawa jazdy kategorii B <input type="checkbox"/> TAK, nie posiadam w/w prawa jazdy	<input type="checkbox"/> TAK
SPECJALISTA DS. RACHUNKOWOŚCI	<input type="checkbox"/> TAK
DIETETYK	<input type="checkbox"/> TAK
FLORYSTA	<input type="checkbox"/> TAK
MONTER INSTALACJI FOTOWOLTAICZNYCH	<input type="checkbox"/> TAK



### POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA

Świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kwalifikacje drogą do sukcesu”) potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie.

**Data i czytelny podpis .....**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kwalifikacje drogą do sukcesu” oraz akceptuję zawarte w nim warunki.

**Data i czytelny podpis .....**

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt „Kwalifikacje drogą do sukcesu” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

**Data i czytelny podpis .....**

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Kwalifikacje drogą do sukcesu” 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 Kielce3, 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 (PROWŚ), w szczególności:
  - a) udzielenie wsparcia,
  - b) potwierdzenie kwalifikalności wydatków,
  - c) monitoringu,
  - d) ewolucji,
  - e) kontroli,
  - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
  - g) sprawozdawczości,
  - h) rozliczania 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 – Stowarzyszenie PROREW oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - ..... (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IŻ kontrole w ramach RPIWŚ 2014-2020;
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub



Beneficjenta, w związku 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 projekt ..... oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

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

#### WYBÓR TRYBU KURSU

Proszę o zaznaczenie wszystkich możliwych opcji godzinowych:

- Zajęcia w tygodniu w godzinach porannych
- Zajęcia w tygodniu w godzinach popołudniowych
- Zajęcia w weekendy w godzinach porannych
- Zajęcia w weekendy w godzinach popołudniowych

**SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU (W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ)** – zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy:

1. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia  TAK  NIE

2. Inne:  TAK  NIE

#### KLAUZULA ZGODY

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie PROREW, Kielce ul. Kasztanowa 12/15, 25-555 Kielce, dla potrzeb aktualnej i przyszłych rekrutacji.

Miejscowość i data

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki