

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Załącznik nr 1. Formularz zgłoszeniowy do uczestnictwa w pilotażu

Formularz rekrutacyjny

Informacje wypełniane przez Realizatora

Data wpływu Formularza rekrutacyjnego:

Godzina wpływu Formularza rekrutacyjnego:

Podpis osoby przyjmującej Formularz rekrutacyjny:

Część A

Dane osobowe kandydata

Wszystkie pola muszą być wypełnione

Nazwisko:

Imię/ Imiona:

PESEL:

Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność

Tak

Nie

NIP (uzupełnić obowiązkowo, jeżeli został nadany):

Miejsce zamieszkania/dane kontaktowe

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Miejscowość:

Ulica, nr domu/ lokalu:

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Kod pocztowy:

Poczta:

Telefon:

Adres poczty elektronicznej (e-mail) :

3.

Wykształcenie – należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadane wykształcenia

- ISCED 0** – Brak (brak formalnego wykształcenia)
- ISCED 1** – Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową)
- ISCED 2** – Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum)
- ISCED 3** – Ponadgimnazjalne/ Ponadpodstawowe (dotyczy osób, które ukończyły:)
 - liceum ogólnokształcące
 - liceum profilowane
 - technikum
 - uzupełniające liceum ogólnokształcące
 - technikum uzupełniające
 - zasadnicza szkoła zawodowa
 - szkoła branżowa I st.
 - szkoła branżowa II st.
- ISCED 4** – Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną)
- ISCED 5 - 8** – Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera, lub magistra, lub doktora)

Projekt partnerski

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Opieka nad dzieckiem do lat 7 lub opieka nad osobą zależną

Tak Nie

Szczególna sytuacja kandydata (proszę zaznaczyć x w każdym właściwym miejscu)

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że jestem:

Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia

Tak Nie odmowa podania informacji

Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań

Tak Nie

Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

Tak Nie odmowa podania informacji

Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

(należy zaznaczyć właściwe pola)

Czy jest pani/pan osobą pozostającą bez pracy?

Tak Nie

6.

Jeśli tak, proszę wskazać właściwe pole:

OSOBA BEZROBOTNA (Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria.):

Tak Nie

W tym:

Projekt partnerski

„Włączenie wyłączonych – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy

Wymagane stosowne zaświadczenie z właściwej instytucji publicznej

Tak Nie

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy

Wymagane oświadczenie i stosowne zaświadczenie z właściwej instytucji publicznej

Tak Nie

OSOBA BIERNA ZAWODOWO

(Osoba bierna zawodowo – osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

Wymagane stosowne oświadczenie i stosowne zaświadczenie z właściwej instytucji publicznej)

Tak Nie

ROLNIK/CZŁONEK RODZINY ROLNIKA podlegający ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, który chce odejść z rolnictwa tj. Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy będąca właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnych o powierzchni użytków rolnych nieprzekraczających 2 ha przeliczeniowe lub osoba będąca współmałżonkiem tych osób, a także osoba będąca domownikiem, **podlegająca ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z tytułu stałej pracy w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych nieprzekraczających 2 ha przeliczeniowe, która posiada status osoby bezrobotnej zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 2 lit. d ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, i jest ukierunkowana na podjęcie zatrudnienia poza rolnictwem jak i na **przejście z systemu ubezpieczeń społecznych rolników do ogólnego systemu ubezpieczeń społecznych.** (W przypadku osoby ubezpieczonej w KRUS przed pierwszą formą wsparcia należy dołączyć: Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy**

Projekt partnerski

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

potwierdzającego status osoby bezrobotnej/długotrwale bezrobotnej oraz
Zaświadczenie z KRUS o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników w pełnym
zakresie na mocy ustawy z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym
rolników.)

Kryteria kwalifikacyjne dotyczące grupy docelowej

(proszę zaznaczyć 1 lub więcej odpowiedzi – jeżeli dotyczy)

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż przynależę do niżej wymienionej grupy osób:

7.

Osoba zamierzająca rozpocząć prowadzenie działalności gospodarczej

Tak Nie

Osoba, która nie posiada aktywnego wpisu do CEIDG, nie jest zarejestrowana jako przedsiębiorca w KRS oraz nie prowadzi działalności gospodarczej na podstawie odrębnych przepisów w okresie 24 miesiące poprzedzających dzień przystąpienia do projektu

Tak Nie

Osoba, która posiada aktywny wpis do CEIDG, jest zarejestrowana jako przedsiębiorca w KRS oraz prowadzi działalność gospodarczą na podstawie odrębnych przepisów w okresie 24 miesiące poprzedzające dzień przystąpienia do projektu

Tak Nie

Osoba, która posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności

Tak Nie

Osoba, która zawarła lub zamierza zawrzeć przed przystąpieniem do projektu umowę z asystentem działalności gospodarczej

Tak Nie

Czy pełni Pani/Pan jakąkolwiek funkcję w spółce osobowej lub kapitałowej?

Tak pełnię Nie pełnię

Projekt partnerski



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Jeżeli **TAK PEŁNIE** – proszę wskazać w jakiej spółce oraz podać numer NIP:

Czy osiąga Pani/Pan dochody z tego tytułu?

Tak **Nie**

Czy pełni Pani/Pan jakiegokolwiek funkcje w podmiotach wpisanych do KRS?

Tak pełnię **Nie pełnię**

Jeżeli **TAK PEŁNIE** – proszę wskazać sprawowaną funkcję oraz podać numer KRS:

Czy osiąga Pani/Pan dochody z tego tytułu?

Tak **Nie**

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych, oświadczam,
że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kandydata

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Część B

Dane dotyczące działalności gospodarczej

1.

Miejsce zarejestrowania działalności gospodarczej

Województwo:

gmina:

kod pocztowy, miejscowość:

ulica, nr lokalu:

Zasięg działalności firmy (można zaznaczyć więcej niż 1)

- rynek lokalny
- rynek krajowy
- rynek regionalny
- rynek międzynarodowy

Forma prawna prowadzenia działalności gospodarczej (należy zaznaczyć tylko jeden)

- osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
- spółdzielnia socjalna osób fizycznych
- inna, jaka?

Kryteria i informacje niezbędne do przyznania refundacji

Potencjalny wpływ realizowanych przez asystenta zadań na działalność gospodarczą OzN, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych we wniosku (0-3 pkt).

1. Proszę wskazać obszary, w jakich odczuwa Pani/Pan ograniczenia bądź utrudnienia w prowadzeniu działalności gospodarczej wynikające z orzeczonej niepełnosprawności.
2. Jaki zakres obowiązków będzie posiadał zatrudniony przez Panią/Pana asystent/asystenci?
3. Jakie bariery zostaną pokonane dzięki zatrudnieniu asystenta/asystentów działalności gospodarczej w Pani/Pana działalności?

Projekt partnerski

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

(Instrukcja – proszę udzielić odpowiedzi na każde z trzech pytań odrębnie)

Adekwatność wniosku w odniesieniu do celów instrumentu (0-3 pkt).

1. Proszę opisać, w jaki sposób zatrudnienie asystenta umożliwi lub usprawni podjęcie lub rozwijanie prowadzonej działalności gospodarczej?
2. W jaki sposób zatrudnienie asystenta/asystentów działalności gospodarczej będzie wzmacniać Pani/Pana włączenie zawodowe?
3. W jakim stopniu zatrudnienie wpłynie na wzrost samodzielności i niezależności w prowadzeniu przez Panią/Pana biznesu?

(Instrukcja – proszę udzielić odpowiedzi na każde z trzech pytań odrębnie)

Projekt partnerski

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje wniosek (0-3 pkt).

1. Proszę opisać, w jakim charakterze zostanie zatrudniony asystent bądź asystenci i dlaczego?
2. Proszę podać miesięczny wymiar planowanego zatrudnienia asystenta/asystentów, a następnie uzasadnić planowany wymiar czasu pracy?
3. Proszę podać wysokość przewidywanego miesięcznego wynagrodzenia dla asystenta/asystentów działalności gospodarczej (wraz z ewentualnymi kosztami pracodawcy) oraz uzasadnić, dlaczego taki koszt Pani/Pan musi ponieść (proszę odnieść się do obowiązujących na Państwa terenie stawek rynkowych oraz planowanej formy zatrudnienia).

(Instrukcja – proszę udzielić odpowiedzi na każde z trzech pytań odrębnie)

Zdolność organizacyjna wnioskodawcy i przygotowanie instytucjonalne do prowadzenia działalności (0-3 pkt).

1. Jakie posiada Pani/Pan wykształcenie i dodatkowe kwalifikacje związane z prowadzeniem działalności gospodarczej?
2. Jakie doświadczenie zawodowe związane z profilem podejmowanej działalności Pan/Pani posiada?

Projekt partnerski



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

3. Jakie zaplecze techniczne posiada Pani/Pana firma?

(Instrukcja – proszę udzielić odpowiedzi na każde z trzech pytań odrębnie)

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kandydata

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Część C

OŚWIADCZENIA KANDYDATA

Ja niżej podpisany/a:

imię i nazwisko:

zamieszkały/a:

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

* W wierszach poniżej należy wybrać właściwą odpowiedź.

Oświadczam że:

1. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
2. Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu aktywizacji zawodowej realizowanego w tym samym czasie w ramach środków EFS, w którym jest udzielane wsparcie tego samego rodzaju z zamiarem osiągnięcia tych samych kwalifikacji/kompetencji/wiedzy.
3. Oświadczam, że, do momentu zakończenia wsparcia w projekcie „Biznes bez barier – asystent działalności gospodarczej” nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków EFS, ani nie będę korzystał z innego wsparcia z zamiarem osiągnięcia tych samych kwalifikacji/kompetencji/wiedzy.
4. Oświadczam, że działalność, którą chcę założyć w wyniku udzielonego w projekcie wsparcia * w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu prowadzona przez członka rodziny, z wykorzystaniem zasobów materialnych (pomieszczenia, sprzęt itp.) stanowiących zaplecze dla tej działalności.
5. Oświadczam, że * zarejestrowanej działalności gospodarczej (tj. wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), że * jako przedsiębiorca w Krajowym Rejestrze Sądowym oraz oświadczam, iż

Projekt partnerski



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

- * działalności na podstawie odrębnych przepisów w okresie dłuższym niż 24 miesiące poprzedzające dzień przystąpienia do projektu.
6. Oświadczam, że * prowadzenia działalności na podstawie odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu.
7. Oświadczam, że * za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny oraz korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
8. Oświadczam, że * zaległości w regulowaniu zobowiązań publicznych.
9. Oświadczam, że * w rozumieniu Kodeksu Pracy w ciągu ostatnich 3 lat u Realizatora.
10. Oświadczam, że w bieżącym roku podatkowym oraz dwóch poprzedzających go latach podatkowych * z pomocy de minimis, której wartość brutto łącznie z pomocą, o którą się ubiegam, przekraczałyby równowartość w złotych kwoty 200 000 euro, a w przypadku działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego towarów - równowartość w złotych kwoty 100 000 euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy.
11. Oświadczam, że * rozpoczęcia działalności gospodarczej w sektorach wykluczonych ze wsparcia, zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
12. Oświadczam, iż * na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz ze wspólnym rynkiem.
13. Oświadczam, że * założyć rolniczą działalność gospodarczą i równocześnie podlegać ubezpieczeniu społecznemu rolników zgodnie z ustawą z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



stowarzyszenie
czas
przestrzeń
tożsamość



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

14. Oświadczam, że w okresie 24 kolejnych miesięcy przed przystąpieniem do projektu * współnikiem spółek osobowych prawa handlowego (spółki jawnej, spółki partnerskiej, spółki komandytowej, spółki komandytowo-akcyjnej), spółek cywilnych.
15. Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (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) (Dz.Urz.UE.L.119.1).), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Realizatora z obowiązków sprawozdawczych. Jestem świadomy/a, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojej kandydatury. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.
16. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu w jego trakcie i po zakończeniu.
17. Zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i po zakończeniu udziału w projekcie.
18. Nie jestem właścicielką/-em lub posiadaczką/-em samoistnych lub zależnych nieruchomości rolnych o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub nie jestem współmałżonką/-iem tych osób, a także domownikiem, podlegającym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z tytułu stałej pracy w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczających 2 ha przeliczeniowe.
19. Jeżeli w trakcie oceny formularza rekrutacyjnego wystąpią okoliczności powodujące zmianę mojego statusu zawodowego lub inne czynniki, prowadzące w konsekwencji do niekwalifikowania mnie do dalszego udziału w projekcie, niezwłocznie poinformuję pisemnie o tym zdarzeniu Realizatora i informację wyślę na adres biura projektu.
20. Zapoznałam/-em się z pełną dokumentacją projektu w szczególności z przyjętymi kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie oraz Regulaminem

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



stowarzyszenie
czas
przestrzeń
tożsamość



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonych – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję ich warunki, oraz oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjne zawarte w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Inkubator przedsiębiorczości OzN.

21. Zapoznałam/-em się z procesem rekrutacji i wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym.

Miejscowość, data

.....
Podpis Kandydata

Wymagane dokumenty, które należy przedłożyć przed rozpoczęciem pierwszej formy wsparcia

1. Deklaracja uczestnictwa w projekcie – Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
2. Oświadczenie o aktualności kryteriów kwalifikacyjnych – Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
3. Oświadczenie Uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
4. Wydruk z CEIDG i/lub KRS i/lub inny dokument wraz z kserokopiami zaświadczeń dokumentujących uzyskanie pomocy publicznej (w tym pomocy de minimis) w okresie ostatnich 3 lat – jeśli dotyczy
5. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inny równoważny dokument potwierdzający status osoby z niepełnosprawnościami
6. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (jako oryginał) potwierdzające status osoby bezrobotnej – jeśli dotyczy
7. Umowa zawarta z asystentem działalności gospodarczej – jeśli jest już zawarta

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



stowarzyszenie
czas
przestrzeń
tożsamość

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Klauzula informacyjna – ochrona danych osobowych

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) zwane dalej jako RODO – w związku z pozyskiwaniem od Pana/i danych osobowych informujemy, że:

1. Administratorem Pana/i 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. Pani/a dane osobowe podane w Formularzu rekrutacyjnym będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO tj. na podstawie Pana/i zgody, w celu przeprowadzenia działań rekrutacyjnych do projektu „Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy” realizowany w ramach Działania 2.6 Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych Oś Priorytetowa II: Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, realizacji wsparcia w projekcie oraz do celów archiwizacyjnych, ewaluacji, monitoringu i kontroli projektu.
3. Przysługuje Panu/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
4. W jednym z celów opisanych w pkt. 4 należy skontaktować się z Administratorem danych osobowych w formie pisemnej na adres biura wskazany w pkt 1.
5. Przysługuje Panu/i również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3. lub do momentu cofnięcia przez Pana/ią zgody.

Projekt partnerski



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

7. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3, odbiorcami Pana/i danych osobowych będą: osoby upoważnione przez Administratora danych, upoważnionych przez Administratora danych, instytucje kontrolujące realizację projektu, wykonawcy usług w zakresie badań ewaluacyjnych, instytucje upoważnione z mocy prawa.
8. Podanie przez Pana/ią danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji zadań podanych w pkt. 3.
9. Pana/i dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
10. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

Potwierdzam zapoznanie się z powyżej podanymi informacjami.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kandydata

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



stowarzyszenie
czas
przestrzeń
tożsamość