

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

pn.: Aktywizacja osób młodych zwolnionych z przyczyn COVID-19 w mieście Zabrze

Lp.											
1	Imię (imiona):										
2	Nazwisko:										
3	PESEL:										Wiek:
4	Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIEТА <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA										
5	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> brak (ISCED 0)									
		<input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1)									
		<input type="checkbox"/> gimnazjalne, podstawowe w systemie 8 klasowym (ISCED 2)									
		<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne, Liceum Ogólnokształcące, Technikum, Zasadnicza Szkoła Zawodowa (ISCED 3)									
		<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)									
		<input type="checkbox"/> wyższe, Kolegium Nauczycielskie, Nauczycielskie Kolegium Języków Obcych (ISCED 5-8)									
6	Adres zamieszkania:	Ulica:									
		Nr domu:				Nr lokalu:					
		Miejscowość:				Kod pocztowy:					
7	Telefon komórkowy / stacjonarny <sup>1</sup> :										
8	Adres poczty elektronicznej (e-mail) <sup>2</sup> :										
9	Utraciłam/em zatrudnienie po 01.03.2020 roku w wyniku pandemii COVID-19:								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
10	Posiadam status osoby z niepełnosprawnościami:								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
11	Uczestniczę lub w okresie ostatnich 4 tygodni uczestniczyłem w szkoleniu finansowanym ze środków publicznych: (tj. uczestniczę w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy)								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
12	Odchodzę z rolnictwa, jestem imigrantem lub reemigrantem* <sup>3</sup> :								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
13	Jestem osobą długotrwale bezrobotną wg Komisji Europejskiej: (tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy - w przypadku osób w wieku poniżej 25 lat oraz osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy - w przypadku osób w wieku 25 lat i więcej)								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
14	Jestem byłym Uczestnikiem Projektu z zakresu włączenia społecznego realizowanych w ramach CT9 w RPO:								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

<sup>1</sup> Podanie numeru telefonu kontaktowego lub adresu e-mail jest warunkiem koniecznym do skorzystania ze wsparcia w ramach projektu.

<sup>2</sup> j. w.

<sup>3</sup> Jeśli tak zaznacz właściwą opcję

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że:

1. Wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie.
2. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Znam i spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie tj.:
  - mam nie mniej niż 18 lat oraz nie więcej niż 29 lat;
  - jestem os. bezrobotną zarejestrowaną w PUP Zabrze;
  - utraciłam/em zatrudnienie po 01.03.2020 roku w wyniku pandemii COVID-19 lub jestem osobą w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy (tj. osoby z kategorii NEET<sup>4</sup>, osoby z niepełnosprawnością, kobiety, osoby o niskich kwalifikacjach<sup>5</sup>, osoby odchodzące z rolnictwa, imigranci<sup>6</sup> i reemigranci<sup>7</sup> oraz osoby długotrwale bezrobotne).
4. Pozostaję bez zatrudnienia od dnia<sup>8</sup> . . . . . tj. przez nieprzerwany okres ostatnich . . . . . (dni / tygodni/ miesięcy/ lat).
5. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji zawodowej (m.in. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu) po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału) oraz możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.
6. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku dostarczenia w terminie 7 dni kalendarzowych dokumentu potwierdzającego zatrudnienie lub samozatrudnienie w przypadku podjęcia zatrudnienia lub samozatrudnienia w trakcie uczestniczenia w projekcie oraz po jego zakończeniu (do 3 miesięcy od zakończenia udziału).
7. Zobowiązuję się do:
  - przestrzegania zasad uczestnictwa w projekcie,
  - aktywnego udziału we wszystkich zaproponowanych formach wsparcia,
  - poddania się specjalistycznym badaniom lekarskim, jeżeli wybrane działanie będzie tego wymagać,
  - przekazania informacji powodujących konieczność wyłączenia z uczestnictwa w projekcie.
8. **Podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

Zabrze, dnia: . . . . .

. . . . .  
*Podpis uczestnika projektu*

---

<sup>4</sup> Osoba z kategorii NEET to osoba która spełnia łącznie trzy następujące warunki: nie pracuje (tj. jest bezrobotna), nie kształci się (tj. nie uczestniczy w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym albo zaniedbuje obowiązek szkolny lub nauki) ani nie szkoli się w tego typu formie aktywizacji, finansowanej ze środków publicznych, w okresie ostatnich 4 tygodni.

<sup>5</sup> Osoby o niskich kwalifikacjach to osoby posiadające wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie.

<sup>6</sup> Za imigranta należy uznać osobę nieposiadającą polskiego obywatelstwa, przybyłą lub zamierzającą przybyć do Polski w celu osiedlenia się (zamieszkania na stałe) lub na pobyt czasowy i zamierzającą wykonywać lub wykonującą pracę na terytorium Polski.

<sup>7</sup> Reemigranci - obywatele polscy, którzy przebywali za granicą Polski przez nieprzerwany okres co najmniej 6 miesięcy, którzy zamierzają powrócić do Polski lub którzy przebywają na terenie Polski nie dłużej niż 6 miesięcy albo 12 miesięcy (w przypadku osób bez pracy) przed przystąpieniem do projektu i deklarują chęć podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej na terytorium Polski. Do tej grupy zaliczani są również repatrianci.

<sup>8</sup> Za dzień pozostawania bez pracy przyjmujemy pierwszy dzień po zakończeniu wszelkiego rodzaju zatrudnienia, czy też zamknięciu/zawieszeniu działalności gospodarczej. W przypadku braku wcześniejszego zatrudnienia przyjmuje się dzień po zakończeniu edukacji w trybie stacjonarnym. W przypadku osób odbywających urlop macierzyński lub rodzicielski, za który pobierają świadczenia z tytułu urlopu uznajemy za dzień pozostawania bez pracy pierwszy dzień po zakończeniu takiego urlopu.

## OŚWIADCZENIE OSOBY APLIKUJĄCEJ O UDZIAŁ W PROJEKCIE

UDA-POWR.01.02.01-24-0092/20-00

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn.: **Aktywizacja osób młodych zwolnionych z przyczyn COVID-19 w mieście Zabrze** wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a) 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.
2. W związku z realizacją procesu rekrutacji do niniejszego projektu przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych Uczestnika projektu: dane osobowe zwykłe, dane kontaktowe, dane osobowe szczególnych kategorii (posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej), status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu - zakres zgodny z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
3. Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do zakończenia archiwizacji dokumentów tj. do końca okresu pięciu lat począwszy od dnia zakończenia okresu realizacji projektu lub wycofania zgody.
4. Administratorem danych osobowych jest Miasto Zabrze/Powiatowy Urząd Pracy w Zabrzu z siedzibą przy Placu Krakowskim 9, 41-800 Zabrze.
5. Moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu;
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:
  - 1) Beneficjenta - Miasto Zabrze/Powiatowy Urząd Pracy w Zabrzu z siedzibą przy Placu Krakowskim 9, 41-800 Zabrze; kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@pupzabrze.pl;
  - 2) Instytucję Zarządzającą - Zarząd Województwa Śląskiego, w którego imieniu działa Wydział Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego z siedzibą w Katowicach, ul. Dąbrowskiego 24; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – dane.osobowe@slaskie.pl;
  - 3) Instytucję Pośredniczącą – Wojewódzki Urząd Pracy w Katowicach z siedzibą w Katowicach, ul. Kościuszki 30; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – iod@wup-katowice.pl;
  - 4) instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa;
  - 5) O powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik zostanie poinformowany w drodze pisemnej.
7. Mam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Mam prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.
10. Wymienione prawa będą traktowane w sposób określony w artykułach 13 do 19 Rozdziału III: „Prawa osoby, której dane dotyczą” rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
11. Podanie moich danych osobowych, o których mowa w pkt 2, jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.
12. Udostępnione dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika Projektu