**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

**pn.: „Zacznij i Ty – Kompleksowe programy wsparcia dla osób bezrobotnych”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Imię (imiona): | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | PESEL : | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Wiek: |
| 4 | Płeć: □ KOBIETA □ MĘŻCZYZNA | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | □ | brak | | | | | | | | | | | | | |
| □ | podstawowe | | | | | | | | | | | | | |
| □ | gimnazjalne, podstawowe w systemie 8 klasowym | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ponadgimnazjalne, Liceum Ogólnokształcące, Technikum, Zasadnicza Szkoła Zawodowa | | | | | | | | | | | | | |
| □ | policealne | | | | | | | | | | | | | |
| □ | wyższe, Kolegium Nauczycielskie, Nauczycielskie Kolegium Języków Obcych | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Adres zamieszkania: | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica: | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Nr domu: Nr lokalu: | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Miejscowość: Kod pocztowy: | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Telefon kontaktowy[[1]](#footnote-1): | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Adres poczty elektronicznej (e-mail): | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Posiadam status osoby z niepełnosprawnościami | | | | | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 12 | Przynależę do mniejszości narodowej/ etnicznej lub jestem migrantem/ osobą obcego pochodzenia | | | | | | | | | | | | | □ TAK □ NIE  □ ODMOWA PODANIA INFORMACJI | |
| 13 | Jestem kobietą powracającą na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dziecka | | | | | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |
| 14 | Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu  do mieszkań[[2]](#footnote-2) | | | | | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | |

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.:
   * jestem osobą niepracującą, zarejestrowaną w PUP Zabrze jako osoba bezrobotna,
   * ukończyłem/am 30 r. życia,
   * zamieszkuję w Zabrzu.
4. Pozostaję bez zatrudnienia od dnia[[3]](#footnote-3) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 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,
   * wypełnienie ankiet w trakcie oraz po zakończeniu udziału w projekcie,
   * 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:* \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

*Czytelny podpis uczestnika projektu*

**OŚWIADCZENIE OSOBY APLIKUJĄCEJ O UDZIAŁ W PROJEKCIE**

**RPSL.07.01.01-24-06BG/17**

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „***Zacznij i Ty – kompleksowe programy wsparcia   
dla osób bezrobotnych***” 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: imię, nazwisko, PESEL, kraj, płeć, wiek w chwili przystąpienia do projektu, wykształcenie, adres zamieszkania (województwo, powiat, gmina, miejscowość, ulica, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy, obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)), telefon kontaktowy,   
   adres e-mail, status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu, sytuacja społeczna (mniejszość narodowa lub etniczna, migrant, osoba obcego pochodzenia, osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem   
   z dostępu do mieszkań, niepełnosprawność).
3. Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do 31.12.2025 lub wycofania zgody.
4. Administratorem danych osobowych jest Miasto Zabrze z siedzibą przy ul. Powstańców 5 – 7, 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* z siedzibą przy *ul. Powstańców 5 – 7, 41-800 Zabrze*, kontakt do Inspektora Danych Osobowych: [*iod@um.zabrze.pl*](mailto:iod@um.zabrze.pl)*;*
   2. Realizatora – *Powiatowy Urząd Pracy w Zabrzu,* z siedzibą przy *Placu Krakowskim 9, 41- 800 Zabrze*, kontakt do Inspektora Danych Osobowych: iod@pupzabrze.pl;
   3. 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 – daneosobowe@slaskie.pl;*
   4. Instytucję Pośredniczącą – *Wojewódzki Urząd Pracy w Katowicach* z siedzibą w *Katowicach, ul. Kościuszki 30*; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – *iod@wup-katowiec.pl;*
   5. instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa;
   6. 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 osoby aplikującej

1. *Podanie numeru telefonu kontaktowego lub adresu e-mail jest warunkiem koniecznym do skorzystania ze wsparcia w ramach projektu.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Za osobę taką uznaję się.:*

   *-osobę bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)*

   *-osobę bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach   
   dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane),*

   *-osobę o niezabezpieczonym zakwaterowaniu (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą),  
   -osobę z nieodpowiednimi warunkami mieszkaniowymi (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).* [↑](#footnote-ref-2)
3. *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.* [↑](#footnote-ref-3)