**Załącznik nr 1 do regulaminu uczestnictwa w Projekcie i rekrutacji**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

(proszę wypełnić przez wstawienie znaku „X”, bądź uzupełnienie treści)

1. **DANE PODSTAWOWE**

**1. Jakie jest Pani/Pana obywatelstwo ?**

□ Obywatelstwo polskie

□ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE

□ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **4.** |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

 *Nazwisko Imię Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **6a.** |  |  | **6b.** |  |  |  | **6c.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *Miejsce urodzenia Płeć (M, K) Wiek (pełne lata) PESEL (w przypadku jego braku inny identyfikator)*

1. **ADRES ZAMIESZKANIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *Miejscowość Ulica Nr budynku Nr lokalu*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8.** |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *Kod pocztowy Województwo Powiat*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *Gmina*

 **10.czy *zamieszkuje Pan/i na obszarze wiejskim, który jest określany jako „biała plama” (czyli teren o ograniczonym dostępie
 do usług społecznych i zdrowotnych, takich jak opieka medyczna, pomoc społeczna czy wsparcie edukacyjne)?***

□tak □nie

1. **DANE KONTAKTOWE** (obowiązkowo)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

 *Nr telefonu Email*

1. **DANE DODATKOWE**

**1. Rodzaj uczestnika**

□ indywidualny □ pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu

**2. Wykształcenie** (Proszę wstawić znak **X** przy wybranej pozycji)

□ średnie I stopnia lub niższe □ponadgimnazjalne lub policealne □wyższe

1. **informacje DODATKOWE**

**1. Czy należy Pan(i) do osób obcego pochodzenia?**

□tak □nie

**2**. **Czy należy Pan(i) do osób państwa trzeciego?**

□tak □nie

**3. Czy należy Pan(i) do mniejszości narodowej lub etnicznej ( w tym społeczności marginalizowane)?**

□tak □nie □ odmawiam podania informacji

**4. Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?**

□tak □nie

**5. Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami ?**

 □ tak\* □ nie □ odmawiam podania informacji

\*Na potwierdzenie zobowiązuję się dostarczyć wraz z Formularzem kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności lub dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.

**6. Czy jest Pan(i) osobą samotną, prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe?**

 □ tak □ nie □ nie dotyczy

 **w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi na utrzymaniu?**

□ tak □ nie

**7. Czy jest Pan(i) osobą w innej (niż wymienione powyżej) niekorzystnej sytuacji społecznej?**

 □ tak □ nie □ odmawiam podania informacji

1. **INFORMACJE O SYTUACJI ZAWODOWEJ**

**1. Oświadczam, że jestem osobą (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/i dotyczy znakiem „X”):**

□ osobą bezrobotną,

 w tym : □ osoba długotrwale bezrobotną □inne

□ osobą bierna zawodowo,

 w tym : □ nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu □uczącą się/odbywającą kształcenie □ inne

□ osobą pracującą,

 w tym:

□ pracującą w administracji samorządowej □ kadra pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty

□ pracującą w administracji rządowej (kadra zarządzająca)

□ prowadzącą działalność na własny rachunek □ pracującą na uczelni

(z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) □ pracującą w instytucie naukowym

□ pracującą w organizacji pozarządowej □ pracującą w instytucie badawczym

□ pracjącą w MMŚP □ pracującą w instytucie w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz

□ pracującą w dużym przedsiębiorstwie □ pracującą w międzynarodowym instytucie naukowym

□ pracującą w podmiocie wykonującym □ pracującą dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa

 działalność leczniczą wyższego i nauki

□ pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty □ pracującą na rzecz państwowej osoby prawnej

 (kadra pedagogiczna) □ inne

□ pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty

 (kadra niepedagogiczna)

### SPECJALNE POTRZEBY W ODNIESIENIU DO UDZIAŁU W PROJEKCIE (W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ) – zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy

1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/systemu Językowo-Migowego □ tak □ nie
2. Pętla indukcyjna □ tak □ nie
3. Powiększony tekst □ tak □ nie
4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/os. głuchoniemej/os. z niepełnosprawnością fizyczną □ tak □ nie
5. Inne □ tak □ nie

Jeżeli w pkt 4 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

### FROMY WSPARCIA REALIZOWANE W RAMACH PROJEKTU

1. **Proszę zaznaczyć z jakiej pomocy chce Pan(i) skorzystać w Projekcie:**

□ Warsztaty edukacyjno-zdrowotne

□ Indywidualne konsultacje z fizjoterapeutą

□ Konsultacje diagnostyczne z lekarzem

□ Pakiet rehabilitacyjny

□ Karnet na siłownię

□ Edukacja antydyskryminacyjna

□ Wyposażenie zwiększające komfort i ergonomię pracy:

□ fotel biurowy

□ biurko

□ nakładki na fotele

□ monitor komputerowy

□ myszka komputerowa

□ podkładka pod myszki

1. **Czy korzysta Pan/i z wybranych powyżej form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus?**

□ tak □ nie

### OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Zdrowi i aktywni zawodowo pracownicy Urzędu Miasta i Gminy w Busku-Zdroju” oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości treść klauzuli informacyjnej dotyczącej zbierania danych osobowych, której dane dotyczą.

Zgodnie z art. 13 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informuje się, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Urząd Miasta i Gminy w Busku-Zdroju, al. Mickiewicza 10, 28-100 Busko-Zdrój, pełniąca rolę Beneficjenta dla programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, tel.: 41/ 370-52-00, e-mail: urzad@umig.busko.pl
2. Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych e-mailem: iod@umig.busko.pl, tel. 41 370 52 60
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Projektu pn. „Zdrowi i aktywni zawodowo pracownicy Urzędu Miasta i Gminy
w Busku-Zdroju” sfinansowanego zgodnie z Umową o dofinansowanie projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027,
w szczególności dane będą przetwarzane do celów monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów, w stosownych przypadkach, do celów określenia kwalifikowalności uczestników oraz archiwizacją dokumentacji.
4. Przetwarzane danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g, art. 10 RODO), ale również jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO). W przypadku danych wizerunkowych podstawą przetwarzania będzie Pana/Pani zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO)
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a w przypadku gdy podanie danych jest dobrowolne podmiot danych zostanie o tym poinformowany, celem wyrażenia zgodny na przetwarzanie swoich danych osobowych. W przypadku niepodania danych
(z wyłączeniem danych wizerunkowych) nie będzie możliwe udzielenie wsparcia w ramach Projektu.
6. Dane osobowe są przechowywane przez okres realizacji Projektu pn. „Zdrowi i aktywni zawodowo pracownicy Urzędu Miasta i Gminy w Busku-Zdroju”, a po tym czasie będą przechowywane zgodnie z wymogami Projektu oraz kategorią archiwalną wynikająca z instrukcji archiwalnej obowiązującej Administratora.
7. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane innym instytucjom i podmiotom zaangażowanym w realizację Projektu pn. „Zdrowi i aktywni zawodowo pracownicy Urzędu Miasta i Gminy w Busku-Zdroju”, a w szczególności podmiotom, o których mowa w art. 87 i 89 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, organom Komisji Europejskiej, podmiotom upoważnionym przez Administratora, w tym pracownikom i współpracownikom Administratora, podmiotom, które wykonują usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym, operatorom pocztowym lub kurierskim. Ponadto, w zakresie stanowiącym informację publiczną, Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP UMWŚ w Kielcach. Ponadto, informuje się, że minister właściwy ds. rozwoju regionalnego występuje w roli administratora i gestora systemu CST2021 odpowiedzialnego za administrowanie CST2021 na poziomie aplikacyjnym.
8. Zakres Pani/Pana danych osobowych, które może przetwarzać Administrator wynika z art. 87 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.
9. Dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani do organizacji międzynarodowej.
10. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych i uzyskania ich kopii (art. 15 RODO), prawo do sprostowania danych
(art. 16 RODO), prawo do ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO). Jeżeli natomiast postawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO, posiada Pani/Pan dodatkowo prawo do usunięcia danych ("prawo do bycia zapomnianym"),
z zastrzeżeniem wyjątków wynikających z tego przepisu prawa (art. 17 RODO) oraz prawo do przenoszenia danych (art. 20 RODO).
11. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi z art. 77 RODO do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
12. Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie Uczestnictwa w projekcie i rekrutacji pn. „Zdrowi i aktywni zawodowo pracownicy Urzędu Miasta i Gminy w Busku-Zdroju”
13. 13) Zostałam(em) poinformowana(y), że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego Plus).
14. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
15. Jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie oraz że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi.
16. Zostałam(em) poinformowana(y), o możliwości skorzystania z tego samego typu wsparcia tylko w jednym projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej.
17. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
18. **ZGODA NA WYKORZYSTANIE I UPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU w ramach Projektu:**

  **□ wyrażam zgodę □ nie wyrażam zgody**

na wykorzystywanie i upowszechnianie mojego wizerunku przez Beneficjenta w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby realizowanego Projektu, prowadzonej działalności oraz informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu; ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością z ramach FEŚ.

**Osoba wyrażająca zgodę, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.**

Informacje wymagane art. 13 RODO znajdują się w obowiązku informacyjnym w pkt IX niniejszego Formularza.

Dane zawarte w niniejszej Deklaracji Uczestnictwa w Projekcie są zgodne z prawdą, a pkt. I i II są zgodne z danymi zawartymi w moim dowodzie osobistym:

*………………………………………………………………… ….………………………………………………………………………………*

 Miejscowość i data Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy (imię i nazwisko)

1. **REZYGNACJA Z UCZESTNICTWA W PROJEKCIE** (w przypadku braku kontaktu z Uczestnikiem Projektu wypełnia osoba odpowiedzialna za rekrutację).

Z dniem …….….....-……….…..-….…………….……. roku rezygnuję z uczestnictwa w Projekcie oraz zwracam otrzymane materiały szkoleniowe i promocyjne. Jednocześnie oświadczam, iż powodem rezygnacji jest ......................…………………………………………………………….…………………………………………………………………….……………

*………………………………………………………………… ….………………………………………………………………………………*

 Miejscowość i data Czytelny podpis osoby składającej rezygnację (imię i nazwisko)