

## DANE UCZESTNIKÓW PROJEKTU „Otwórz WROTA swoich możliwości”

Lp.	Nazwa	DANE UCZESTNIKA PROJEKTU	
1.	Imię i nazwisko		
2.	PESEL		
3.	Adres (ulica, numer budynku, numer lokalu)		
5.	Powiat		
6.	Miejscowość, kod pocztowy		
7.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe	
8.	Telefon kontaktowy		
9.	Adres e-mail		
10.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> bezrobotna	<input type="checkbox"/> zarejestrowana w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> w tym: długotrwale bezrobotna w tym: posiadająca <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III profil pomocy zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy <input type="checkbox"/> niezarejestrowana w urzędzie pracy
		<input type="checkbox"/> bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> w tym: ucząca się
		<input type="checkbox"/> zatrudniona	<input type="checkbox"/> w MMŚP (do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (pow. 249 pracowników) <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> samozatrudniona
		Wykonywany zawód	
		Nazwa, adres pracodawcy	
11.	<input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> w tym niepełnosprawność sprzężona <input type="checkbox"/> Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa <input type="checkbox"/> Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) – jakiej? .....		
12.	Dotyczy osób <u>nie</u> mieszkających na terenie LGD/LSR (Godów, Gorzyce, Krzyżanowice, Lubomia, Markłowice, Mszana)	<input type="checkbox"/> Uczę się na terenie LSR (nazwa i adres szkoły):	
		<input type="checkbox"/> Jestem aktywnym członkiem organizacji społecznej (nazwa i adres organizacji) – konieczne zaświadczenie organizacji	
13.	Przynależność do grupy docelowej (konieczność złożenia dokumentów zgodnie z § 5 ust. 1 d Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Projekcie).	<input type="checkbox"/> osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą, rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, <input type="checkbox"/> osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, <input type="checkbox"/> osoby z niepełnosprawnością lub członek rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością. Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> umiarkowany, <input type="checkbox"/> znaczny	

.....  
Data i czytelny podpis uczestnika projektu

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Otwórz WROTA swoich możliwości” oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL 2014-2020), mający siedzibę przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice;
2. Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WSL 2014-2020;
3. Podanie danych przez uczestnika projektu jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w projekcie.
4. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 oraz art. 27 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) w powiązaniu z aktami prawnymi w tym:
  - a) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
  - b) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
  - c) Ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 217 z późn. zm.);
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt – Centrum Rozwoju Inicjatyw Społecznych CRIS z siedzibą przy ul. T. Kościuszki 22/5, 44-200 Rybnik oraz partnerowi: Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Morawskie Wrota”, ul. Raciborska 27, Gorzyce.
6. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone do przetwarzania podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta;
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa. Dane będą także przekazywane do Centralnego Systemu Teleinformatycznego prowadzonego przez Ministerstwo Rozwoju, Plac Trzech Krzyży 3/5 00-507 Warszawa;
8. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem;
9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem;
10. Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluację/analizę/ekspertyzę na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta;
11. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Imię i nazwisko (czytelnie)	
Podpis *	
Data, Miejscowość	

\*w przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Otwórz WROTA swoich możliwości”

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Otwórz WROTA swoich możliwości”, realizowanym przez Stowarzyszenie Centrum Rozwoju Inicjatyw Społecznych CRIS w partnerstwie z Stowarzyszeniem Lokalna Grupa Działania „Morawskie Wrota”, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem Rekrutacji i Udziału w Projekcie „Otwórz WROTA swoich możliwości”, w pełni go rozumiem i akceptuję. Jednocześnie oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjne uprawniające do udziału w projekcie.

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody (należy zakreślić właściwe) na nieodwołalne i nieodpłatne prawo do wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzonym przez realizatora projektem.

**POUCZENIE:** Dane uczestnika projektu, oświadczenia oraz deklaracja składane są pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Imię i nazwisko (czytelnie)	
Podpis *	
Data, Miejscowość	

\*w przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna