

Projekt pt.
„Efekt motyla”
nr projektu RPWP.07.01.02-30-0087/18

Projekt „Efekt motyla”, nr RPWP.07.01.02-30-0087/18 jest realizowany przez **Human Discovers Centrum Analiz i Rozwoju Placówka Kształcenia Ustawicznego DAPOL Karina Jakubek** i jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach **Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.1: Aktywna integracja, Poddziałanie 7.1.2: Aktywna integracja – projekty konkursowe**

FORMULARZ REKRUTACYJNY

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

FORMULARZ REKRUTACYJNY prosimy wypełniać czytelnie - DRUKOWANYMI literami, ZAZNACZYĆ odpowiedni kwadracik oraz wypełniać WSZYSTKIE BIAŁE POLA,

I. PODSTAWOWE DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI

Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL:

Płeć: kobieta mężczyzna

Wiek w chwili przystąpienia do projektu: _____

Seria i numer Dowodu Osobistego: _____

Dowód Osobisty wydany przez: _____

WYKSZTAŁCENIE

brak (brak formalnego wykształcenia)

podstawowe – ISCED 1 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)

gimnazjalne – ISCED 2 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)

ponadgimnazjalne – ISCED 3 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)

policealne – ISCED 4 (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)

wyższe krótkiego cyklu – ISCED 5 (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym licencjackim, magisterskim i doktoranckim)

wyższe licencjackie – ISCED 6 (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich)

wyższe magisterskie – ISCED 7 (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich)

wyższe doktoranckie – ISCED 8 (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich)

ADRES ZAMIESZKANIA ¹ lub ADRES POBYTU UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI	
Województwo:	Powiat:
Gmina:	Miejscowość:
Ulica:	Kod pocztowy:
Numer budynku:	Numer lokalu:
Tel. kontaktowy:	
Adres e-mail:	

II. STATUS UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI w chwili przystąpienia do projektu	
<p>Czy należy Pan / Pani do mniejszości narodowej² lub etnicznej³, jestem migrantem⁴, osobą obcego pochodzenia⁵</p> <p style="text-align: right;"><u>DANE WRAŻLIWE</u></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji</p>
<p>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań⁶, w tym m.in. przebywające w schroniskach, noclegowniach, mające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, zamieszkujące w warunkach substandardowych</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>

¹ **Adres zamieszkania** – zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93) „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu.

² **Osoba należąca do mniejszości narodowej** – zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

³ **Osoba należąca do mniejszości etnicznej** – zgodnie z prawem krajowym mniejszości etniczne to mniejszości: karaïmska, łemkowska, romska, tatarska.

⁴ **Osoba będąca migrantem** – to osoba będąca cudzoziemcem na stałe mieszkającą w danym państwie, to obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości.

⁵ **Osoba obcego pochodzenia** – to osoba będąca cudzoziemcem, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

⁶ **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** – zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów), osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane; niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania w standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

<p>Czy posiada Pan / Pani orzeczenie związane z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego (należy dołączyć orzeczenie lub inny równoważny dokument)</p> <p style="text-align: right;"><u>DANE WRAŻLIWE</u></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji</p>
<p><u>Na powyższe pytanie zaznaczyć odpowiedź TAK, jeżeli posiada Pan / Pani orzeczenie związane z zaburzeniami psychicznymi, intelektualnymi, sprzężonymi lub rozwojowymi.</u></p>	
<p>Czy posiada Pan / Pani orzeczenie o niepełnosprawności⁷ (należy dołączyć orzeczenie lub inny równoważny dokument)</p> <p style="text-align: right;"><u>DANE WRAŻLIWE</u></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji</p>
<p><u>Jeżeli powyżej zaznaczono „TAK” – to proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności:</u></p>	
<p>Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, w tym orzeczenie związane z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego lub inny równoważny dokument w stopniu:</p> <p>KSEROKOPIĘ ORZECZENIA NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO FORMULARZA</p> <p style="text-align: right;"><u>DANE WRAŻLIWE</u></p>	<p><input type="checkbox"/> znacznym</p> <p><input type="checkbox"/> umiarkowanym</p> <p><input type="checkbox"/> lekkim</p>
<p>Jestem osobą znajdującą się w innej niekorzystnej sytuacji, np.</p> <p>a) która nie ukończyła szkoły podstawowej (i jest w wieku pozaszkolnym);</p> <p>b) uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających;</p> <p>c) zwolniona z zakładu karnego;</p> <p>d) osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art. 7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj.: spełniająca przesłankę (oprócz w/w):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ubóstwa; • sieroctwa; • długotrwałej lub ciężkiej choroby; • przemocy w rodzinie; • potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; • potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; • trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczpospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt. 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; • trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; • zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; • klęski żywiołowej lub ekologicznej; • bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych. <p style="text-align: right;"><u>DANE WRAŻLIWE</u></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji</p>
<p>Jestem osobą pochodzącą z obszarów wiejskich</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>

⁷ Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności – za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby z niepełnosprawnościami w świetle przepisów z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których jest mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r., o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

III. STATUS UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI NA RYNKU PRACY w chwili przystąpienia do projektu

Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo⁸

UWAGA:

Osoba bierna zawodowo nie może być jednocześnie osobą bezrobotną.

tak nie

• w tym osoba ucząca się

tak nie

• w tym osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu

tak nie

• inne

tak nie

Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną

tak nie

• w tym jestem osobą bezrobotną, zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy⁹
(należy dołączyć zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające status)

tak nie

• w tym jestem osobą bezrobotną, niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy¹⁰

tak nie

• w tym jestem osobą długotrwale bezrobotną¹¹

tak nie

Oświadczam, że jestem osobą pracującą

tak nie

⁸ **Osoba bierna zawodowo** – to osoba, która w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie są bezrobotna). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawana jest za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

⁹ **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** – to osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Osoba ta jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu).

¹⁰ **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** – to osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Osoba ta nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędów pracy jako bezrobotna. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu).

¹¹ **Osoba długotrwale bezrobotna** – pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia w zależności od wieku, a wiek Uczestnika Projektu jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie:

- młodzież (do 25 lat) - osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy),
- dorośli (25 lat lub więcej) - osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).

IV. DODATKOWE INFORMACJE O UCZESTNIKU / UCZESTNICZCE w chwili przystąpienia do projektu

Oświadczam, że pełnię opiekę nad osobą zależną, w tym:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
a) dzieckiem do 3 roku życia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
b) inną osobą połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem, lub pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym, wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

V. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ, oświadczam że:

a) mam miejsce zamieszkania na terenie województwa wielkopolskiego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
b) jestem osobą w wieku produkcyjnym	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
c) jestem osobą zagrożoną ubóstwem	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
d) jestem osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
e) jestem osobą bez pracy	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
f) posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
g) jestem osobą bez kwalifikacji zawodowych	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
h) posiadam wykształcenie zawodowe i niższe	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
i) pozostaję bez pracy, nieprzerwanie przez co najmniej 12 m-cy	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
j) korzystam ze wsparcia w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
k) korzystam ze wsparcia w ramach Ośrodka Pomocy Społecznej / Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie / Powiatowego Urzędu Pracy	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Miejscowość, data

Czytelny podpis Uczestnika Projektu *

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

DEKLARACJA UCZESTNIKA W PROJEKCIE

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Oświadczam, że samodzielnie i z własnej inicjatywy zgłaszam chęć i wolę uczestnictwa w projekcie pt. „**Efekt motyla**” realizowanym w ramach **Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 7: Włączenie Społeczne, Działanie 7.1: Aktywna Integracja, Poddziałanie 7.1.2: Aktywna integracja – projekty konkursowe**, realizowanym przez **Human Discovers Centrum Analiz i Rozwoju Placówka Kształcenia Ustawicznego DAPOL Karina Jakubek**, w okresie od 1 września 2019 r. do 31 sierpnia 2021 r.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie. Upředzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane zawarte w „FORMULARZU REKRUTACYJNYM” są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w projekcie nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w takim samym terminie, w innym projekcie współfinansowanym ze środków **Europejskiego Funduszu Społecznego**.
4. Zapoznałem/am się z **Regulaminem Projektu** pt. „**Efekt Motyla**” i akceptuję jego postanowienia.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „**Efekt motyla**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją projektu drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).

Miejscowość, data

Czytelny podpis Uczestnika Projektu *

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14
Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Efekt motyla” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych – minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) W odniesieniu do zbioru „Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. U. UE. L. 2013. 347. 320 z późn. zm.), zwanym dalej rozporządzeniem 1303/2013,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. U. UE. L. 2013. 347. 470 z późn. zm.), zwanym dalej rozporządzeniem 1304/2013,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1431 z późn. zm.) zwaną dalej ustawą wdrożeniową.
 - 2) W odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia 1303/2013,
 - b) rozporządzenia 1304/2013,
 - c) ustawy wdrożeniowej,
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między Beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. U. UE. L. 2014.286.1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu nr RPWP.07.01.02-30-0087/18, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Poznaniu, z siedzibą przy ul. Szyperskiej 14, 61-754 Poznań, Beneficjentowi realizującemu Projekt - *Human Discovers* Centrum Analiz i Rozwoju Placówka Kształcenia Ustawicznego DAPOL Karina Jakubek, ul. Mazurska 22, 63-400 Ostrów Wielkopolski oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta w szczególności kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 z uwzględnieniem okresu archiwizacji przewidzianego przepisami prawa.
11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej, odpowiednio:
 - a) inspektor.ochrony@umww.pl - w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020
 - b) iod@miir.gov.pl - w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

Miejscowość, data

Czytelny podpis Uczestnika Projektu *

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI
Uczestnika / Uczestniczki Projektu DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Wypełnia Beneficjent projektu

Data wpływu Formularza do biura projektu:

Podpis osoby przyjmującej formularz:

Numer ewidencyjny Wstępnego formularza
rekrutacyjnego:

Wypełnia Beneficjent projektu

Uczestnik

spełnia¹²

nie spełnia¹²

kryteria uczestnictwa w Projekcie

.....
Data weryfikacji Wstępnego Formularza Rekrutacyjnego

.....
Czytelny podpis osoby weryfikującej Wstępny Formularz Rekrutacyjny

¹² Zaznaczyć odpowiednią odpowiedź.