



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY/REKRUTACYJNY

Projekt: „KAN - Klub Aktywnych Niepełnosprawnych”

CZĘŚĆ I			
DANE PERSONALNE			
Imię:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta
PESEL:			<input type="checkbox"/> Mężczyzna
Adres zamieszkania: ¹			
Miejscowość:			
Ulica:			
Numer domu:			
Kod pocztowy:		Numer lokalu:	
Powiat:		Gmina:	
Województwo:			
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			
Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	Miejscowość:		
	Ulica:		
	Numer domu:		
	Numer lokalu:		
	Kod pocztowy:		
	Gmina:		
	Powiat:		
Województwo:			

¹ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. W przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie województwa wielkopolskiego).

CZĘŚĆ II
WYKSZTAŁCENIE I STATUS ZAWODOWY

Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe):	Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0	
---	--	--

	Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1	
	Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2	
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3	
	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4	
	Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie) ISCED 5-8	



Oświadczam, że:	Jestem osobą bierną zawodowo ²	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE

Oświadczam, że:	Należę do grupy docelowej ³	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE

² Osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują* i nie są bezrobotne). Osoby będące 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), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo

* to osoby w wieku 15 lat i więcej, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub własną działalność, które jednak chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:

i) osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstw o nie osiąga zysków;

ii) osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np. rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konferencjach lub seminariach);

iii) osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.

Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracą w nosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego. Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”.

Żołnierze poborowi, którzy wykonywali określoną pracę, za którą otrzymywali wynagrodzenie lub innego rodzaju zysk w czasie tygodnia odniesienia nie są uznawani za „osoby pracujące” – o ile obowiązkowy pobór i powołanie do wojska dotyczy państwa członkowskiego.

Osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, gdzie pracodawca zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i okres ten obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem) są uznawane za „osoby pracujące

³ Grupę docelową stanowią osoby z województwa wielkopolskiego, zamieszkałe powiat poznański i M. Poznań zagrożone ubóstwem lub wykluczone społecznie w wieku 18-64 lata, osoby doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego, osoby korzystające z PO PŻ (zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ).



Oświadczam, że:

Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym, korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 . o pomocy społecznej w tym:

- 1) ubóstwa;
- 2) sieroctwa;
- 3) bezdomności;
- 4) bezrobocia;
- 5) niepełnosprawności;
- 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby;
- 7) przemocy w rodzinie;
- 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
- 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- 10) (uchylony)
- 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej 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; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
- 13) alkoholizmu lub narkomanii;
- 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
- 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej

TAK

NIE

	1) Jestem osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym ⁴	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
	2) Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
	3) Jestem osobą nieletnią 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"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
	4) Jestem osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
	5) Jestem osobą z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
	6) Należę do 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	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
	7) Jestem osobą niesamodzielną ⁵	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
	8) Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności	<input type="checkbox"/>	TAK

⁴ Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do:

- 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- 2) uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego;
- 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;
- 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;
- 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
- 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

⁵ Osoba niesamodzielną – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

		<input type="checkbox"/>	NIE
	9) Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
	10) Jestem osobą korzystającą z PO PŻ ⁶	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
Oświadczam, że	Ponadto należę do jednej z poniższych grup:		
	Jestem osobą z niepełnosprawnościami, w tym: (dołączyć kopię orzeczenia/opinii lub inny dokument o niepełnosprawności zgodny z właściwą ustawą)	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
		<input type="checkbox"/>	ODMOWA
	Lekkim, znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności ⁷ (<u>podkreślić poprawne</u>)	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
	z niepełnosprawnością sprzężoną ⁸ oraz osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ⁹	<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>		NIE	
Jestem osobą lub należę do rodziny korzystającej z PO PŻ, lecz zakres wsparcia zaplanowany w projekcie nie powieła działań, które otrzymuję z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ	<input type="checkbox"/>	TAK	
	<input type="checkbox"/>	NIE	
Jestem osobą należącą do społeczności romskiej	<input type="checkbox"/>	TAK	
	<input type="checkbox"/>	NIE	
Oświadczam, że	Jestem osobą spełniającą minimum 2 przesłanki wykluczenia społecznego zgodnie z definicją podaną w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie – należy wymienić poniżej: 1. 2.	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE

⁶ Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

⁷ Należy wypełnić tylko w przypadku gdy powyżej zaznaczono odpowiedź: Tak.

⁸ Osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.

⁹ Należy wypełnić tylko w przypadku gdy powyżej zaznaczono odpowiedź: Tak.

Oświadczam, że jestem:	Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA
	Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu ¹⁰	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ¹¹	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> ODMOWA	

¹⁰ Należy wypełnić tylko w przypadku gdy powyżej zaznaczono odpowiedź: Tak.

¹¹ Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej – kategoria odnosi się do wszystkich grup uczestników w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, z wyłączeniem cech wykazanych we wskaźnikami dotyczących: osób z niepełnosprawnościami, migrantów, gospodarstw domowych bez osób pracujących, gospodarstw domowych bez osób pracujących z dziećmi na utrzymaniu, gospodarstwach domowych składających się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu. Ponadto nie należy wykazywać niekorzystnej sytuacji dot. płci, statusu na rynku pracy (np. długotrwałe bezrobocie), wieku lub osiągnięcia wykształcenia co najmniej na poziomie ISCED 1. Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze uwzględniać wskazane grupy: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1, byli więźniowie, narkomani, osoby z obszarów wiejskich (zgodnie z klasyfikacją DEGURBA - 03). W przypadku, kiedy dana osoba zostaje uznana za znajdującą się w niekorzystnej sytuacji (np. z ww. powodu wykształcenia) jest jednocześnie np. osobą niepełnosprawną, należy ją wykazać w obu wskaźnikach (dot. niepełnosprawności oraz niekorzystnej sytuacji).

OŚWIADCZENIA:

1) Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Oświadczam, że jestem/ nie jestem (właściwie podkreślić) osobą niepełnosprawną z lekkim/znacznym/umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi i osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi w rozumieniu poniższej definicji:

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

2. Jestem/nie jestem osobą bierną zawodowo

Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą województwo wielkopolskie (powiat poznański lub m Poznań) w rozumieniu kodeksu cywilnego, zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w rozumieniu definicji wskazanej w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „KAN - Klub Aktywnych Niepełnosprawnych”

.....
data i czytelny podpis

- 2) Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależności do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe i że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w projekcie.

.....
data i czytelny podpis

- 3) Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem „KAN - Klub Aktywnych Niepełnosprawnych” i wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w ww. projekcie.

.....
data i czytelny podpis

- 4) Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
data i czytelny podpis

5) Zobowiązuje się poddać ewaluacji i monitoringowi oraz przekazać informacje o mojej sytuacji po ukończeniu projektu oraz zobowiązuje się dostarczyć Beneficjentowi dokumenty potwierdzające moją sytuację społeczno-zatrudnieniową;

.....
data i czytelny podpis

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy wydane zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – dotyczy osób niepełnosprawnych.
2. Zaświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa – jeżeli dotyczy

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. **Projekt: „KAN - Klub Aktywnych Niepełnosprawnych”** 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 Rozwoju, mający siedzibę przy pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – 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), 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), 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 2016 r. poz. 217 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 Projektu) RPWP.07.01.02-30-0016/17, 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 – tj. Liderowi Projektu - Fundacji Tyfloglogika, os. Piastowskie 120/128, 61-166 Poznań (nazwa i adres Beneficjenta) oraz Partnerowi– Project Hub Sp. z o.o., ul. Trzcińska 3e, 6-434 Poznań (nazwa i adres ww. podmiotów znanych w momencie składania oświadczenia uczestnika 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 Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.
5. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.
6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

7. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
8. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy².
9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU