

## DANE UCZESTNIKA USŁUGI ROZWOJOWEJ

realizowanej w ramach projektu

pn. „Fundusz Usług Rozwojowych w województwie zachodniopomorskim”

Formularz wypełniany jest przez każdą z osób, która będzie brała udział w usłudze rozwojowej - samozatrudniony / pracownik\*

Nazwa	Proszę wpisać lub wybrać właściwe	
Imię (imiona)		
Nazwisko		
Płeć	Kobieta	
	Mężczyzna	
PESEL		
Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
Ulica/ Nr domu / Nr lokalu		
Miejscowość		
Kod pocztowy		
Województwo		
Powiat		
Gmina		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne – szkoła średnia, zasadnicza zawodowa (ISCED 3) <input type="checkbox"/> świadectwo dojrzałości, policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 6)	

### SZCZEGÓŁY WSPARCIA:

STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba pracująca:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Zatrudniony w (proszę podać pełną nazwę):	
Forma zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> Samozatrudniony <input type="checkbox"/> Umowa o pracę
Osoba pracująca w MMŚP:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Wykonywany zawód:	<input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej <input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Inny
<b>STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>	
<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
<b>Jeżeli tak, czy jest to niepełnosprawność ruchowa?</b>	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących</b>	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Jeśli tak, to czy w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</b>	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b>	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b>	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
Oświadczam że:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. powyższe dane, zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.</li> <li>2. deklaruję swój udział w projekcie pn. „Fundusz Usług Rozwojowych w województwie zachodniopomorskim” realizowanym w ramach POWER 2014-2020, nr umowy projektu: RPZP.06.01.00-32-K001/16-00,</li> <li>3. zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt pod nazwą „Fundusz Usług Rozwojowych w województwie zachodniopomorskim” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WZ 2014-2020.</li> <li>4. wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu dla celów promocyjnych projektu,</li> <li>5. wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych,</li> <li>6. zobowiązuję się do uczestnictwa w monitoringu projektu, w szczególności do wypełnienia niezbędnych ankiet i formularzy,</li> </ol>	

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika projektu

\*- niewłaściwe skreślić



## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Fundusz Usług Rozwojowych w województwie zachodniopomorskim” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020;
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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 t.j.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 na podstawie:
  - w odniesieniu do zbioru Projekty RPO WZ 2014-2020:
    - 1) rozporządzenia 1303/2013;
    - 2) rozporządzenia nr 1304/2013;
    - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
  - w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
    - 1) rozporządzenia nr 1303/2013;
    - 2) rozporządzenia nr 1304/2013;
    - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
    - 4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. Fundusz Usług Rozwojowych w województwie zachodniopomorskim, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020);
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie, ul. Mickiewicza 41, Szczecin (*nazwa i adres właściwej IP*), beneficjentowi realizującemu projekt - Polska Fundacja Przedsiębiorczości, ul. Monte Cassino 32, 70-466 Szczecin (*nazwa i adres beneficjenta*) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu:  
.....  
..... (*nazwa i adres ww. podmiotów*);  
moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego<sup>1</sup>, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta; moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020;
5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
6. 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;
7. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy;
8. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis uczestnika projektu

<sup>1</sup> Powierzający oznacza Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego, który jako administrator danych osobowych powierzył Instytucji Pośredniczącej w drodze odrębnego Porozumienia w sprawie powierzenia Instytucji Pośredniczącej przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 przetwarzanie danych osobowych ze zbiorów: (1) Projekty RPO WZ 2014-2020, (2) Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.