



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA

do projektu „Fundusz Usług Rozwojowych w województwie zachodniopomorskim –  
FUR3”

Pełna nazwa przedsiębiorstwa			
NIP przedsiębiorstwa			
Zajmowane stanowisko pracy przez uczestnika			
UMOWA w oparciu o kodeks pracy	<input type="checkbox"/>	Okres zatrudnienia OD-DO	
		Wymiar etatu	
		Wynagrodzenie brutto, o którym mowa w §4 ust. 3 Regulaminu <input type="checkbox"/> niższe <input type="checkbox"/> równe lub wyższe od wynagrodzenia minimalnego	
UMOWA cywilnoprawna	<input type="checkbox"/>	Okres zatrudnienia OD-DO	
		Wynagrodzenie brutto, o którym mowa w §4 ust. 4 Regulaminu <input type="checkbox"/> niższe <input type="checkbox"/> równe lub wyższe od wartości dofinansowania	
Miejsce zatrudnienia uczestnika (miejscowość i województwo)			

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA USŁUGI ROZWOJOWEJ			
Imię			
Nazwisko			
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL	<input type="checkbox"/> brak PESEL		
Jeżeli brak PESEL	Data urodzenia		Nr paszportu
Obywatelstwo			
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wczesna edukacja i opieka ISCED 0 <input type="checkbox"/> podstawowe ISCED 1 <input type="checkbox"/> średnie I stopnia - gimnazjalne ISCED 2 <input type="checkbox"/> średnie II stopnia - ponadgimnazjalne ISCED 3 <input type="checkbox"/> policealne ISCED 4 <input type="checkbox"/> wyższe ISCED 5-8		



OKREŚLENIE WYSOKOŚCI WSPARCIA DLA UCZESTNIKA	
Poziom dofinansowania dla pracownika w wieku 55 lat i więcej w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> TAK
Poziom dofinansowania dla pracownika korzystającego z usług w zakresie zielonych umiejętności	<input type="checkbox"/> TAK
Poziom dofinansowania dla pracownika korzystającego z usług, które prowadzą do nabycia kwalifikacji, o których mowa w art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji, zarejestrowanych w Zintegrowanym Rejestrze Kwalifikacji oraz posiadających nadany kod	<input type="checkbox"/> TAK

DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA USŁUGI ROZWOJOWEJ (adres zamieszkania)				
Województwo				
Powiat				
Gmina				
Miejscowość		Kod pocztowy		
Ulica		Numer budynku	Numer lokalu	
Telefon				
E-mail				

DODATKOWE DANE DOT. UCZESTNIKA	
Czy uczestnik brał udział w usłudze rozwojowej w ramach systemu PSF za pośrednictwem BUR z dofinansowaniem ze środków UE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, proszę wskazać Operatora / nazwę instytucji, rok otrzymanego wsparcia oraz województwo, z którego otrzymano wsparcie	
Jeśli TAK, proszę o podanie numeru usługi w BUR	



STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba z krajów trzecich	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba w kryzysie bezdomności lub wykluczona z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)*	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

\* osoba z wykształceniem ISCED 0, byli więźniowie, narkomani oraz osoby pochodzące z obszarów wiejskich

## Oświadczenie Uczestnika

- Świadoma(-y) odpowiedzialności za podanie fałszywych informacji oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
- Nie byłem(-y) karana(-y) za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- Nie byłem(-y) karana(-y) karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art.5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2013 r. poz.885).
- Zostałem(-em) poinformowana(-y), że Projekt „Fundusz Usług Rozwojowych w województwie zachodniopomorskim – FUR3” realizowany w ramach Działania 6.6 Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS.
- Zapoznałem (-em) się z Regulaminem rekrutacji i udzielania wsparcia w projekcie i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia.
- Wyrażam zgodę na utrwalenie mojego wizerunku podczas monitorowania i kontroli w ramach Projektu „Fundusz Usług Rozwojowych w województwie zachodniopomorskim – FUR3.”

.....  
Data, imię i nazwisko  
(czytelny podpis uczestnika)

### ZAŁĄCZNIKI:

- 1. Oświadczenie uczestnika projektu
- 2. Informacja dotycząca usługi rozwojowej



## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13<sup>17</sup> / art. 14<sup>18</sup> Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Fundusz Usług Rozwojowych w województwie Zachodniopomorskim – FUR3” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. Polska Fundacja Przedsiębiorczości, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej oraz ustawy o PARP, w tym; Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu.
2. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach FEPZ 2021-2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
  - a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
  - b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
  - c) Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
  - d) Dane osobowe gromadzone w Bazie są przetwarzane na podstawie ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o PARP.
4. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Fundusz Usług Rozwojowych w województwie Zachodniopomorskim – FUR3” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia,



monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.

5. Kategorie danych osobowych, które będą przetwarzane Formularzem zgłoszeniowym uczestnika.
6. Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlą beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. ~~W ciągu .....miesiący po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.~~
7. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
8. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
9. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:

a) [iod@pfp.com.pl](mailto:iod@pfp.com.pl)

b) [iod@mfiipr.gov.pl](mailto:iod@mfiipr.gov.pl)

c) [iod@parp.gov.pl](mailto:iod@parp.gov.pl)

d) [iod@wup.pl](mailto:iod@wup.pl)

10. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
11. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
12. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
13. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika projektu\*

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



## INFORMACJA DOTYCZĄCA USŁUGI ROZWOJOWEJ

(Każdą usługę należy wykazać w osobnym wierszu)

IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA					PESEL
L.P.	NAZWA USŁUGI	ID USŁUGI W BUR (NUMER KARTY USŁUGI)	NAZWA PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGĘ	KOSZT USŁUGI NETTO	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

### Oświadczenie Przedsiębiorcy

Oświadczam, że wybór usługi rozwojowej, na którą kieruję pracownika został dokonany przeze mnie samodzielnie.

Zapoznałem/-am się z Regulaminem naboru do projektu „Fundusz Usług Rozwojowych w województwie zachodniopomorskim – FUR3” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia.

.....  
Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Przedsiębiorcy