**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**do projektu pn. „Od bierności do aktywności w Centrum rehabilitacji społecznej i Zawodowej ZAZ „Słoneczne Wzgórze” nr RPMP.09.01.02-12-0314/17**

realizowanego przez Gminę Miasta Tarnów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

1. Oś Priorytetowa Region spójny społecznie, Działanie 9.1. Aktywna Integracja,

Poddziałanie 9.1.2. Aktywna Integracja – projekty konkursowe



**Uzupełnia osoba przyjmująca dokument**

**…………………………………………………………………………………………...**

data wpływu, podpis osoby przyjmującej



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **WYPEŁNIA KANDYDAT/-KA NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU** | | |



*Formularz prosimy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, a odpowiednie pola zaznaczyć znakiem „X”*

1. **PODSTAWOWE DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię:** |  |  |  |  | **Nazwisko:** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | **Płeć:** |  **Kobieta** | | |  **Mężczyzna** | | **Wiek** (w momencie | | | | |  |  | |
|  | (zaznacz „X”) | przystąpienia do projektu) | | | | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  | \_\_-\_\_-\_\_\_\_ | | | | |  | **urodzenia:** | |  |  |  | |  |
|  | **Data urodzenia:** |  |  |  |  |  |  | **Miejsce** | |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | **PESEL:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  **Brak PESEL1** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | **Telefon komórkowy:** | |  |  |  | **Telefon stacjonarny:** | | | | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | **E-mail:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | **II. MIEJSCE ZAMIESZKANIA2** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | **Województwo:** |  |  |  |  | **Powiat:** | |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | **Gmina:** |  |  |  |  | **Miejscowość:** | | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | **Ulica:** |  |  |  |  | **Numer** | |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | **budynku/lokalu:** | | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | | | | |
|  | **Kod pocztowy:** |  |  |  |  | **Poczta:** | |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | **Kraj:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |

1. Należy zaznaczyć „X” jeżeli kandydat na Uczestnika Projektu nie posiada numeru PESEL.
2. Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny *Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość,* *w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | **osobą bierną zawodowo3** |  |  |  **TAK** |  **NIE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **w tym:** |  |  |  |  |
|  | **osobą uczącą się** |  |  |  **TAK** |  **NIE** |
|  |  |  |  |  |
|  | **osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu** | |  |  **TAK** |  **NIE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**III. WYKSZTAŁCENIE** *(należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia)*

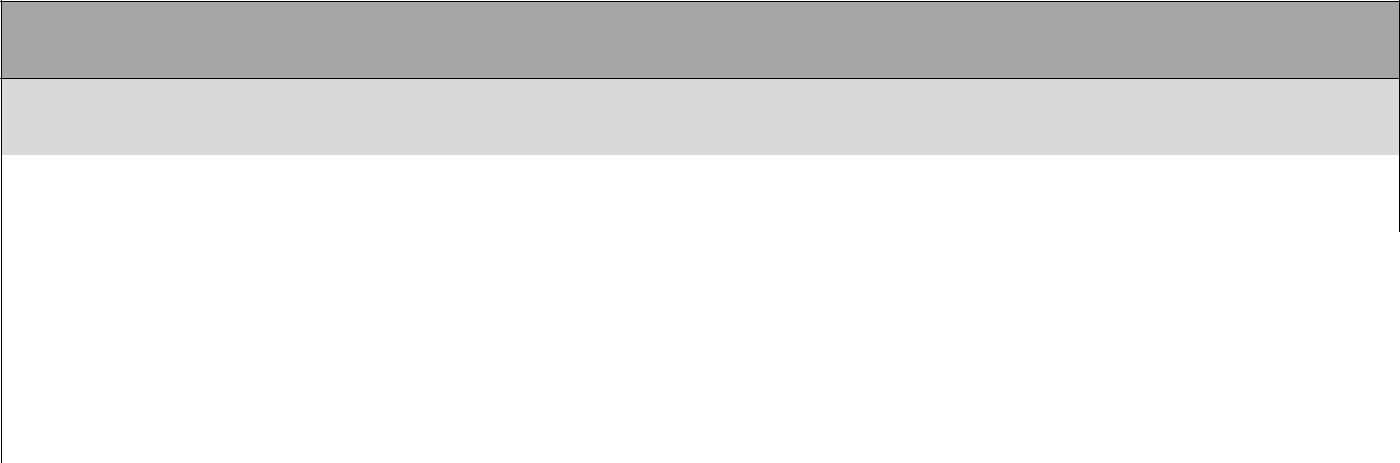
|  |  |
| --- | --- |
|  **niższe niż podstawowe (ISCED 0)** |  **podstawowe (ISCED 1)** |
|  **gimnazjalne (ISCED 2)** |  **ponadgimnazjalne (ISCED 3)** |
|  **policealne (ISCED 4)** |  **wyższe (ISCED 5-8)** |

**IV .STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

*(należy zaznaczyć właściwe**pola „X”)*

**Oświadczam, że jestem:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1. osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy** |  |  **TAK** |  **NIE** |
|  |  |  |  |  |
|  | **dla której ustalono** |  |  **I lub II profil** |  **III profil** |
|  |  |  | **pomocy** | **Pomocy** |
|  | **długotrwale bezrobotną** |  |  |  |
|  | dla młodzieży (poniżej 25 lat) - osoby bezrobotne nieprzerwanie przez |  |  |  |
|  | okres ponad 6 miesięcy |  |  **TAK** |  **NIE** |
|  | dla dorosłych (25 lat lub więcej) - osoby bezrobotne nieprzerwanie przez |  |
|  |  |  |  |
|  | okres ponad 12 miesięcy |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **2. osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy** |  |  **TAK** |  **NIE** |
|  |  |  |  |  |
|  | **w tym osobą długotrwale bezrobotną** |  |  |  |
|  | dla młodzieży (poniżej 25 lat) - osoby bezrobotne nieprzerwanie przez |  |  |  |
|  | okres ponad 6 miesięcy |  |  **TAK** |  **NIE** |
|  | dla dorosłych (25 lat lub więcej) - osoby bezrobotne nieprzerwanie przez |  |
|  |  |  |  |
|  | okres ponad 12 miesięcy |  |  |  |
|  |  |  |  |  |



**V. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** *(należy zaznaczyć*

*właściwe pola „X”)*

**Oświadczam, że jestem**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **Osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej5** | |  **TAK** | |  **NIE** |
| **5.** | **Osobą kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy** | |  **TAK** | |  **NIE** |
|  | **społecznej6** | |
| **6.** | **Osobą przebywającą lub opuszczającą pieczę zastępczą7** | |  **TAK** | |  **NIE** |
|  |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca** | |  **TAK** | |  **NIE** |
|  | **2003 r. o zatrudnieniu socjalnym8** | |
| **8.** | **Członkiem rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym, w której** | |  |  |  |
|  | **jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na** | |  **TAK** | |  **NIE** |
|  | **konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z** | |
|  |  |  |  |
|  | **Niepełnosprawnością** | |  |  |  |
| **9.** | **Osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki** | |  **TAK** | |  **NIE** |
|  | **zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości9** | |
| **10.** | **Osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku** | |  **TAK** | |  **NIE** |
|  | **wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii10** | |
| **11. Osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc** | | |  **TAK** | |  **NIE** |
|  | **Żywnościowa11** | |
| **12. Osobą z niepełnosprawnością** | | |  **TAK** | |  **NIE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  **LEKKI** | |  |
|  | **a.** | **Stopień niepełnosprawności** |  **UMIARKOWANY** | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  **ZNACZNY** | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  **SPRZĘŻONA** | |  |
|  | **b.** | **Rodzaj niepełnosprawności** |  **PSYCHICZNA** | |  |
|  |  |  |  |
| **13. Osobą niesamodzielną12** | | |  **TAK** |  |  **NIE** |
|  |  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KI**

**Oświadczam, że:**

1. Zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w projekcie „Od bierności do aktywności w Centrum Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej ZAZ „Słoneczne Wzgórze”, realizowanym przez Gminę Miasta Tarnów,.
2. Zostałem poinformowany/a, iż projekt „Od bierności do aktywności w Centrum rehabilitacji i Zawodowej ZAZ „Słoneczne Wzgórze” współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, budżetu państwa oraz wkładu własnego,
3. Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Od bierności do aktywności w Centrum Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej ZAZ „Słoneczne Wzgórze” oraz akceptuję wszystkie jego warunki i postanowienia oraz zobowiązuję się do ich stosowania/przestrzegania,
4. d) Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Gminy Miasta Tarnów (rozumianej jako Pracowników Biura Projektu ) o zmianach danych zawartych w formularzu rekrutacyjnym,
5. Zostałem/am poinformowany/a, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
6. Nie jestem objęty/a tym samym rodzajem wsparcia w ramach projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
7. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego w tym niepełnosprawności, pozostawania w niekorzystnej sytuacji. Akceptuję, fakt, iż odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu i/lub brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu.

**W momencie zaproszenia do dalszego procesu rekrutacji dostarczę wymagane:**

1. Zaświadczenie z właściwego urzędu pracy potwierdzające status bezrobotnego i ustalony profil pomocy,

2. Orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie zaświadczające o niepełnosprawności

3. Inne, w zależności od indywidualnej sytuacji kandydata na uczestnika projektu.

Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane podane w niniejszym formularzu rekrutacyjnym i oświadczeniach są zgodne z prawdą.

……………………..……………

………………………………………

**Miejscowość, data**

**Czytelny podpis**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Gminę Miasta Tarnów moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji.

Jestem świadoma/y przysługującego mi prawa do wycofania zgody, jak również faktu, że wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

……………………..……………

………………………………………

**Miejscowość, data**

**Czytelny podpis**

**Oświadczam, że poinformowano mnie o tym, że:**

1. Administratorem moich danych osobowych podanych w formularzu rekrutacyjnym do projektu „Małopolskie gwarancje na rzecz aktywności społeczno-zawodowej” jest Gmina Miasta Tarnów z siedzibą przy ul. Mickiewicza 2, 33-100 Tarnów.

Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres mailowy [iod@umt.tarnow.pl](mailto:iod@umt.tarnow.pl), telefonicznie pod numerem 14 688 24 00 lub pisemnie na w/w adres siedziby administratora.

1. W Urzędzie Miasta Tarnowa został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych. Z Inspektorem Ochrony Danych może się Pani/Pan skontaktować poprzez email [iod@umt.tarnow.pl](mailto:iod@umt.tarnow.pl),, telefonicznie pod numerem 14 688 24 00 lub pisemnie na adres siedziby Urzędu.

Z inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

1. Dane osobowe będą przetwarzane do celów rekrutacji uczestników do projektu „Od bierności do aktywności w Centrum rehabilitacji społecznej i Zawodowej ZAZ „Słoneczne Wzgórze”.
2. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne, bym mógł uczestniczyć w procesie rekrutacji do projektu „Od bierności do aktywności w Centrum rehabilitacji społecznej i Zawodowej ZAZ „Słoneczne Wzgórze”.
3. Przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych w formularzu rekrutacyjnym do celów rekrutacji uczestników do projektu . „Od bierności do aktywności w Centrum rehabilitacji społecznej i Zawodowej ZAZ „Słoneczne Wzgórze”. odbywa się w oparciu o dobrowolnie wyrażoną zgodę (art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) – dalej RODO).
4. Mam prawo do żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
5. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcia i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później.
6. Moje dane nie będą przekazywane innym odbiorcom, ani do państw trzecich/organizacji międzynarodowych.
7. Moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
8. Przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych: Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO)

Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa

Telefon: 22 860 70 86

……………………..……………

………………………………………

**Miejscowość, data**

**Czytelny podpis**