



FORMULARZ DANYCH

uczestnika projektu pn. *Skuteczna rehabilitacja szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa opolskiego*

*prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, zaznaczać poprzez wstawienie znaku X w kratce.

DANE UCZESTNIKA

Imię	
Nazwisko	
PESEL	<input type="checkbox"/> Brak PESEL
Płeć	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne
	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe
	<input type="checkbox"/> Podstawowe
	<input type="checkbox"/> Policealne
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne
	<input type="checkbox"/> Wyższe

DANE KONTAKTOWE

Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	



SZCZEGÓŁY WSPARCIA	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna
<input type="checkbox"/> Osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo	w tym: <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej
	<input type="checkbox"/> Inne
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
	<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
	<input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu
	<input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego
	<input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego
	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
	<input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy
	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
	<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"/> Rolnik
<input type="checkbox"/> Inny	



STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHIWL PRYZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak		
	<input type="checkbox"/> Nie		
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji		
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak		
	<input type="checkbox"/> Nie		
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak		
	<input type="checkbox"/> Nie		
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji		
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak
	<input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> Nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak		
	<input type="checkbox"/> Nie		
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak		
	<input type="checkbox"/> Nie		
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji		

Oświadczam, że wszystkie dane wykazane w formularzu są zgodne ze stanem rzeczywistym. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z „Oświadczeniem uczestnika projektu” stanowiącym załącznik do niniejszego formularza danych.

.....
Podpis uczestnika projektu

Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Skuteczna rehabilitacja szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa opolskiego” realizowanego w ramach RPO WO 2014-2020 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektu.

.....
Podpis uczestnika projektu



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. *Skuteczna rehabilitacja szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa opolskiego*, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych jest Minister Rozwoju, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5;
- 2) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 jest Marszałek Województwa Opolskiego z siedzibą w Opolu 45-082, ul. Piastowska 14, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego,
- 3) 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. 2015 r. poz. 2135 ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 na podstawie: w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020: a) art. 54 ust. 2, art. 59 ust. 1, art. 65, art. 74 ust 1 i 3, art. 115, art. 122, art. 125 ust. 2. lit d), oraz art. 125 ust 4 lit a), art. 125 ust 5 i 6 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 oraz jego załącznikiem XIII (Kryteria desygacji) - punkt 3.A.iv; b) art. 5 oraz art. 19 ust. 4 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 wraz z załącznikiem I i II do tego rozporządzenia; c) art. 9 ust. 2, art. 22, 23, 24 i 26 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2014 poz. 1146 ze zm.); W odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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 uchylające Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - 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;
 - c) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 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;
 - d) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2014 poz. 1146 ze zm.);
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu *Skuteczna rehabilitacja szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa opolskiego*, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 (RPO WO);
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Departament Koordynacji Programów Operacyjnych, ul. Ostrówek 5-7, 45-082 Opole, beneficjentowi realizującemu projekt - Brzeskie Centrum Medyczne, 49-300 Brzeg, ul. Mossora 1. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym badanie ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej lub innego podmiotu który zawarł porozumienie z Powierzającym lub Instytucją Zarządzającą na realizację ewaluacji. Moje dane osobowe mogą zostać również udostępnione specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego lub Instytucji Zarządzającej kontrole w ramach RPO WO;
- 6) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
- 7) 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;
- 8) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU