

<b>Data i godzina wpływu do Biura Projektu (wypełnia przyjmujący)</b>	<b>Podpis osoby przyjmującej</b>

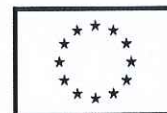
### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „AKTYWNIEM KU ZMIANIE!” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 Oś Priorytetowa I Rynek pracy otwarty dla wszystkich Działanie 1.5 Rozwój potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami Poddziałanie 1.5.1 Rozwój potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami – Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej (umowa nr POWR.01.05.01-00-0062/20-00 z dnia 13.12.2021r.)

DANE OSOBOWE KANDYDATA/-TKI DO PROJEKTU	
Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
PESEL	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

DANE KONTAKTOWE, INFORMACYJNE I MIEJSCE ZAMIESZKANIA W ROZUMIENIU KODEKSU CYWILNEGO <sup>1</sup> KANDYDATA/-TKI DO PROJEKTU	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku/lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

<sup>1</sup> Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



**DANE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA<sup>2</sup> KANDYDATA/-TKI DO PROJEKTU**

- niższe niż podstawowe** - ISCED 0 (brak formalnego wykształcenia)
- podstawowe** - ISCED 1 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)
- gimnazjalne** - ISCED 2 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)
- ponadgimnazjalne** - ISCED 3 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)
- policealne** - ISCED 4 (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
- wyższe** - ISCED 5 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły wyższej)

**SYTUACJA KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź w każdym pytaniu)

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż mój status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu to:

<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<b>OSOBA BEZROBOTNA<sup>3</sup> w tym:</b>	
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<b>OSOBA BIERNA ZAWODOWO<sup>4</sup></b>	

<sup>3</sup> W przypadku osoby bezrobotnej:

a) zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy do Formularza rekrutacyjnego obowiązkowo należy dołączyć: **Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy** potwierdzającego status osoby bezrobotnej/długotrwale bezrobotnej wydane nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia Formularza rekrutacyjnego.

b) niezarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy do Formularza rekrutacyjnego obowiązkowo należy dołączyć: **Zaświadczenie o braku podstawy do objęcia ubezpieczeniami społecznymi z tytułów, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt. 1-6, 8, 10-20, 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych/Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych** zawierające informacje o okresach zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych z tytułu zatrudnienia w ostatnich minimum 12 miesiącach (dotyczy osoby długotrwale bezrobotnej niezarejestrowanej w PUP) wydane przez ZUS nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia Formularza rekrutacyjnego.

<sup>4</sup> W przypadku osoby biernej zawodowo do Formularza rekrutacyjnego obowiązkowo należy dołączyć: **Zaświadczenie o braku podstawy do objęcia ubezpieczeniami społecznymi z tytułów, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt. 1-6, 8, 10-20, 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych** wydane przez ZUS nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia Formularza rekrutacyjnego.



<b>INFORMACJE DOTYCZĄCE OGRANICZEŃ I PREFERENCJI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ</b>	
<input type="checkbox"/> TAK * <input type="checkbox"/> NIE	Czy posiada Pan/Pani bariery/problemy wynikające z niepełnosprawności?
Jeśli TAK, proszę podać jakie:	
<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE	Czy ma Pan/Pani preferencje co do potrzeb jakie powinny być spełnione w projekcie wynikające z niepełnosprawności?
Jeśli TAK, proszę podać jakie:	
<b>Informacje uzupełniające wynikające z „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020</b>	
<p>Beneficjent informuje, iż Kandydat może odmówić podania danych wrażliwych, tj. osoby z niepełnosprawnościami; migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości; osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej) jednakże ze względu na treść Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 wydanych przez Ministra Infrastruktury i Rozwoju w dniu 22.04.2015 znak MIIR/H 2014-2020/13(01)/04/2015 informujemy iż: w sytuacji gdy uczestnik będący osobą fizyczną lub jego opiekun prawny nie udzieli informacji na temat danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami; migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości; osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej) istnieje możliwość wprowadzenia niekompletnych w ww. zakresie danych uczestnika pod warunkiem udokumentowania przez beneficjenta, iż działania w celu zebrania przedmiotowych danych zostały podjęte. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza nie kwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji opisanej w punkcie 5 (3.3.3 Zasady dotyczące pomiaru wskaźników w projekcie) Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020. Niemniej, IZ musi być w stanie zapewnić wystarczające dowody, że dana osoba spełnia kryteria kwalifikowalności określone dla projektu. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.</p>	
<b>Ja niżej podpisany/a oświadczam , że jestem:</b>	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI	Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI	Osobą z niepełnosprawnościami
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI	Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) <sup>5</sup>

<sup>5</sup> Osoby z wykształceniem na poziomie podstawowym, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich.



**KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI:**

Proszę zaznaczyć odpowiednie pola, uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej, wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

**Oświadczam, że:**

Mam ukończony 18 rok życia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą niepełnosprawną <sup>6</sup> pozostającą bez zatrudnienia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zamieszkuję na terenie województwa podkarpackiego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Uczestniczę w innym projekcie aktywizacji zawodowej dofinansowanym ze środków EFS	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

**KRYTERIA PREMIUJĄCE:**

Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	+ 5 pkt.
	<input type="checkbox"/> mężczyzna	0 pkt.
Posiadam znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, bądź niepełnosprawność sprzężoną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	+ 10 pkt.
Posiadam status byłego uczestnika/-czki projektu z zakresu włączenia społecznego realizowanego w ramach celu tematycznego 9 w RPO	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	+ 5 pkt.
Pełnię funkcje opiekuńcze (nad dzieckiem lub inną osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	+ 5 pkt.

**PREFEROWANA FORMA KONTAKTU:**

telefoniczny     sms     email     osobiście     pocztą

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis kandydata/-ki  
do udziału w projekcie

<sup>6</sup> Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (zgodnie z Wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014 – 2020).



NR	WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW:	
1	Oświadczenie Kandydata do projektu o nieotrzymywaniu jednocześnie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji zawodowej dofinansowanego ze środków EFS – stanowiące załącznik nr 1 do Formularza zgłoszeniowego	<input type="checkbox"/>
7	Oświadczenie kandydata/uczestnika projektu uwzględniające obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679) – stanowiące załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego	<input type="checkbox"/>
8	Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej/długotrwale bezrobotnej (jeżeli dotyczy)	<input type="checkbox"/>
9	Zaświadczenie o braku podstawy do objęcia ubezpieczeniami społecznymi z tytułów, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt. 1-6, 8, 10-20, 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych/Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zawierające informacje o okresach zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych z tytułu zatrudnienia w ostatnich minimum 12 miesiącach (jeżeli dotyczy)	<input type="checkbox"/>
11	Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydanego przez uprawniony organ lub dokument równoważny	<input type="checkbox"/>



**Oświadczam, że:**

- 1) Podane przeze mnie dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłam/-em żadnych informacji oraz oświadczam, że jestem świadoma/-y odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- 2) Powyższe dane są zgodne z prawdą;
- 3) Zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie i akceptuję go oraz wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie oraz w pełni akceptuję jego zapisy i z własnej inicjatywy wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim;
- 4) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i danych o stanie zdrowia zawartych w Formularzu zgłoszeniowym;
- 5) W przypadku zakwalifikowania mnie do projektu zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia zgodnie z opracowanym Indywidualnym Planem Działania oraz podpisywania list obecności, kart usług doradczych oraz wypełniania ankiet ewaluacyjnych;
- 6) Zostałam/-em poinformowana/-y, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- 7) Nie jestem właścicielką/-em lub posiadaczką/-em samoistnych lub zależnych nieruchomości rolnych o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub nie jestem współmałżonką/-iem tych osób, a także domownikiem, podlegającym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z tytułu stałej pracy w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczających 2 ha przeliczeniowe;
- 8) Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie, w tym dobrowolne przedłożenie dokumentów potwierdzających moją kwalifikowalność do udziału w projekcie;
- 9) Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta projektu: Nexoris Sp. z o. o

**Zobowiązuję się do:**

- 1) Niezwłocznego pisemnego poinformowania Beneficjenta o każdej zmianie wyżej uzupełnionych danych osobowych podczas udziału w projekcie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od jej zaistnienia;
- 2) Przekazania informacji dotyczącej mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału)
- 3) Dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej po zakończeniu udziału w projekcie (do 3 miesięcy od zakończenia udziału).

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis kandydata/-ki  
do udziału w projekcie



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1 do Formularza zgłoszeniowego

## OŚWIADCZENIE KANDYDATA DO PROJEKTU

### „AKTYWNIE KU ZMIANIE”

**o nieotrzymywaniu jednocześnie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji zawodowej dofinansowanego z EFS**

Ja, niżej podpisana/-y .....

*(Imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „AKTYWNIE KU ZMIANIE” oświadczam, że nie biorę udziału w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz zobowiązuje się, że do momentu zakończenia wsparcia w projekcie pn. „AKTYWNIE KU ZMIANIE” nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

<b>Miejscowość, data</b>	<b>Czytelny podpis Kandydata</b>



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego

### **OŚWIADCZENIE KANDYDATA/UCZESTNIKA PROJEKTU**

(uwzględnia obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Aktywnie ku zmianie” oświadczam, że:

1. Nie biorę udziału w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i w okresie od momentu przystąpienia do projektu pn. „Aktywnie ku zmianie” do momentu zakończenia wsparcia nie będę uczestniczył w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. 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.
3. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

Przyjmuję również do wiadomości, że w związku z realizacją projektu pn. „Aktywnie ku zmianie”:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
  - 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. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
  - 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. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),





- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781);
  - 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. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
  4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Aktywnie ku zmianie”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
  5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt - Nexoris Sp. z o.o., ul. Piłsudskiego 34, 35-001 Rzeszów (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 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 PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.
  6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
  7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
  8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
  9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
  10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
  11. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej [biuro@nexoris.pl](mailto:biuro@nexoris.pl) lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl).



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



12. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 16 i 18 RODO.
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie oraz monitoringu moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko, PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze: „Zbiór danych osobowych z ZUS”. Dla tego zbioru mają zastosowanie informacje jak powyżej<sup>7</sup>.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA PROJEKTU\*

<sup>7</sup> Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy w ramach Działania 1.3 lub 1.2.

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