FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU – OPIEKUN FAKTYCZNY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa projektodawcy:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gmina Lubień Kujawski** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tytuł i nr projektu:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim**  **RPKP.09.03.02-04-0064/20** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane uczestnika** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | |  | |  |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |  | | |  |
|  | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie  (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED) | | | | ISCED 5-8 Wyższe | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 4 Policealne | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 3 Ponadgminazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 2 Gimnazjalne | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 1 Podstawowe | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 0 Brak | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Dane kontaktowe uczestnika** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Powiat | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gmina | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr budynku | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr lokalu | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy**  Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy. | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy**  Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy. | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **W tym długotrwale bezrobotny**  Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:  - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy).  - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **Bierny zawodowo**  Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **W tym osoba ucząca się** | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **Osobą pracująca (niezależnie od rodzaju umowy)**  Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu) , powinni być wykazywani jako osoby pracujące. | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| osoba pracująca w administracji rządowej | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Inne | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w MMŚP | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Zatrudniony w:**  Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykonywany zawód:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik instytucji rynku pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Rolnik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy  i integracji społecznej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Inny | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**  (odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**  Cudzoziemcy na stale mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak |  | | Nie | | | | |  | | | Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)  2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)  3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)  4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak | |  | | | | | | Nie | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**  Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), a także osoby  z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685.), tj. **osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia – należy dołączyć do formularza zgłoszeniowego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak |  | | Nie | | | | |  | | | Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | | | | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**  Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.  (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak |  | | Nie | | | | |  | | | Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia** | | **TAK** | **NIE** |
| **Oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | Jestem osobą zamieszkującą/pracującą/uczącą się w woj. Kujawsko-Pomorskim na terenie Gminy Lubień Kujawski. |  |  |
| Pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego[[1]](#footnote-2) osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/niepełnosprawnej, w tym nie jestem opiekunem zawodowym i nie pobieram wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki. |  |  |

Pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego ………………………………………………………………..

Imię i nazwisko podopiecznego

będącego uczestnikiem projektu.

…………………………… …………………………..

Miejscowość, data Podpis

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie:**

Deklaruję uczestnictwo w projekcie ”Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim” realizowanym przez Gminę Lubień Kujawski w ramach Działania 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałania 9.3.2 Rozwój usług społecznych Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2014-2020.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ WSPARCIA**  (wybór wielokrotny) | | |
| Z jakich form wsparcia zamierza Pani/Pan korzystać (proszę zaznaczyć właściwe) | Szkolenie indywidualne   * Metody pielęgnacyjne - opieka nad osobą niesamodzielną * Sposoby aktywizowania podopiecznych * Metody pracy z podopiecznym cierpiącym na deficyty pamięci |  |
| Wsparcie psychologa |  |
| Indywidualne poradnictwo pracownika socjalnego |  |

………………………………………… ………………………………………..

Miejscowość, data Podpis

**OŚWIADCZENIA:**

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie ”Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko – Pomorskiego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych na stronie internetowej projektu lubieńkujawski.pl.
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.

………………………………………………..

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

**Ankieta potrzeb dla osób z niepełnosprawnościami**

**Projekt ”Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim”**

**nr RPKP.09.03.02-04-0064/20**

*Celem niniejszej ankiety jest ułatwienie osobom z niepełnosprawnościami udziału we wsparciu oferowanym w ramach projektu. Poniższa ankieta ma pomóc w poznaniu rzeczywistych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, by niwelować bariery osób niepełnosprawnych.*

1. Jakie problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności widzi Pan/Pani w związku ze swoim udziałem w projekcie?

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

1. Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w usługach oferowanych w ramach niniejszego projektu?

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn ”Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, reprezentowany przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, mającego siedzibę przy Placu Teatralnym 2, 87-100 Toruń (w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020) oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych);
2. Przetwarzanie moich danych osobowych spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja 2016 r., s.1) (dalej: RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WK-P 2014-2020) na podstawie:
   1. w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020:
3. 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 z późn. zm.),
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 (Dz. Urz. UE L 347 z dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470–486 z późn. zm.),
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818);
   1. w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
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 (Dz. Urz. UE L 347 z dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 z późn. zm.),
7. 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470–486 z późn. zm.),
8. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2020 r.   
   poz. 818),
9. 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 dnia 30 września 2014 r., s.1),
10. Porozumienia w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych w ramach centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 nr RPKP/04/2015” z dnia 14 sierpnia 2015 r. (z późn. zm.);
11. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji „Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim” w tym w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WK-P 2014-2020;
12. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt – **Gmina Lubień Kujawski, ul. Wojska Polskiego 29, 87-840 Lubień Kujawski** (nazwa i adres Beneficjenta);
13. Moje dane osobowe będą lub mogą być ujawnione wyłącznie podmiotom upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta w związku z realizacją celu o którym mowa w pkt 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi   
    (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych;
14. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem umownym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie;
15. 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;
16. W ciągu …[[2]](#footnote-3) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu  
     na rynku pracy;
17. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
18. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO;
19. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji;
20. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

1) [IOD@mfipr.gov.pl](mailto:IOD@mfipr.gov.pl) – w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych,

2) iod@kujawsko-pomorskie.pl - w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020,

lub adres poczty ……………………………………………….. (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta);

1. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania lub przenoszenia tych danych;
2. Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
3. Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

~~W związku z przystąpieniem do projektu pn.~~ **~~………………………………..~~** ~~oświadczam, że nie biorę udziału w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz zobowiązuję się, że do momentu zakończenia wsparcia w projekcie pn.~~ **~~…………………………~~** ~~nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego~~[[3]](#footnote-4).

|  |  |
| --- | --- |
| …..…………………………………… | ………………………………….……………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[4]](#footnote-5)\** |

1. opiekun faktyczny (nieformalny) – osoba pełnoletnia opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki, najczęściej członek rodziny. [↑](#footnote-ref-2)
2. 90 dni kalendarzowych w przypadku pomiaru kryterium efektywności zawodowej zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020 lub 3 miesięcy w przypadku pomiaru kryterium efektywności społecznej i/lub zatrudnieniowej zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020. [↑](#footnote-ref-3)
3. Zobowiązanie dotyczy uczestnika Projektu realizowanego w ramach Działania 8.3 RPO WK-P 2014-2020. [↑](#footnote-ref-4)
4. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-5)