



**ZAŁĄCZNIK NR 1.**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**WYPEŁNIA ORGANIZATOR**

|                                  |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|
| <b>Beneficjent</b>               | LUBELSKI OŚRODEK SAMOPOMOCY |
| <b>Tytuł projektu</b>            | Czas na zmianę II EDYCJA    |
| <b>Wpłynęło dnia</b>             |                             |
| <b>Podpis osoby przyjmującej</b> |                             |

**WYPEŁNIA UCZESTNIK/UCZESTNICZKA**

(Prosimy o wypełnienie wszystkich pól formularza czytelnie, drukowanymi literami lub elektronicznie)

| I. DANE KANDYDATA/KANDYDATKI                    |   |  |   |  |  |                                    |  |  |  |  |
|---|---|--|---|--|--|------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Imię (imiona)</b>                            |   |  |   |  |  |                                    |  |  |  |  |
| <b>Nazwisko</b>                                 |   |  |   |  |  |                                    |  |  |  |  |
| <b>Płeć</b>                                     | <input type="checkbox"/> Kobieta                  |  |   |  |  | <input type="checkbox"/> Mężczyzna |  |  |  |  |
| <b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu:</b> |   |  |   |  |  |                                    |  |  |  |  |
| <b>PESEL</b>                                    |   |  |   |  |  |                                    |  |  |  |  |
| <b>Wykształcenie</b>                            | <input type="checkbox"/><br>Niższe niż podstawowe | <input type="checkbox"/><br>Podstawowe | <input type="checkbox"/><br>Gimnazjalne | <input type="checkbox"/><br>Ponadgimnazjalne | <input type="checkbox"/><br>Policealne | <input type="checkbox"/><br>Wyższe |  |  |  |  |
| <b>Data urodzenia</b>                           |   |  |   |  |  |                                    |  |  |  |  |
| <b>Miejsce urodzenia</b>                        |   |  |   |  |  |                                    |  |  |  |  |



| II. DANE KONTAKTOWE  |  |                      |  |
|--|--|----------------------|--|
| <b>Adres zamieszkania<sup>1</sup></b>  |  |                      |  |
| <b>Województwo</b>   |  |                      |  |
| <b>Powiat</b>  |  |                      |  |
| <b>Gmina</b>   |  |                      |  |
| <b>Miejscowość</b>   |  |                      |  |
| <b>Ulica</b>   |  |                      |  |
| <b>Nr Budynku</b>  |  | <b>Nr lokalu</b>     |  |
| <b>Kod pocztowy</b>  |  |                      |  |
| <b>Tel. kontaktowy</b>   |  |                      |  |
| <b>E-mail</b>  |  |                      |  |
| ADRES DO KORESPONDENCJI<br>(NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA) |  |                      |  |
| <b>Ulica</b>   |  |                      |  |
| <b>Nr domu</b>   |  | <b>Nr mieszkania</b> |  |
| <b>Miejscowość</b>   |  |                      |  |
| <b>Kod pocztowy</b>  |  |                      |  |

<sup>1</sup> Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu



### III. FORMY WSPARCIA:

#### PREFEROWANA TEMATYKA SZKOLENIA

|   |   |
|---|---|
| Nazwa szkolenia zawodowego w jakim chciałbym/chciałabym uczestniczyć <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> SPAWACZ TIG 141/MAG135                             |
|   | <input type="checkbox"/> KIEROWCA SAMOCHODU CIĘŻAROWEGO/CIĄGNIKA SIODŁOWEGO |
|   | <input type="checkbox"/> PRACOWNIK DS. KSIĘGOWOŚCI                          |
|   | <input type="checkbox"/> OPIEKUN OSÓB STARSZYCH                             |
|   | <input type="checkbox"/> INNE jakie? .....                                  |

### IV. STATUS NA RYNKU PRACY (WYBRAĆ JEDEN PUNKT)

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu<sup>3</sup>:

|    |   |  |   |
|----|---|--|---|
| 1. | <b>Osoba BEZROBOTNA, pozostająca bez zatrudnienia:</b>              | <input type="checkbox"/> Zarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy | <input type="checkbox"/> Niezarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy   |
|    | W tym osoba długotrwale bezrobotna: <sup>4</sup>                    | <input type="checkbox"/> Tak                                     | <input type="checkbox"/> Nie  |
| 2. | <b>Osoba BIERNIA ZAWODOWO:</b>                                      | <input type="checkbox"/> Ucząca się                              | <input type="checkbox"/> Nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| 3. | <b>Osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako POSZUKUJĄCA PRACY</b> | <input type="checkbox"/> Tak                                     | <input type="checkbox"/> Nie  |

<sup>2</sup> Proszę zaznaczyć pozycję szkolenia, którym jest Pan/Pani zainteresowany/a.

<sup>3</sup> Proszę zaznaczyć kwadraty w jednej z pozycji 1, 2 bądź 3.

<sup>4</sup> Osoba długotrwale bezrobotna – oznacza osobę bezrobotną, która: a) w przypadku osoby poniżej 25 roku życia pozostaje bezrobotna nieprzerwanie przez minimum 6 miesięcy, b) w przypadku osoby powyżej 25 roku życia pozostaje bezrobotna nieprzerwanie przez minimum 12 miesięcy.



| V. STATUS SPOŁECZNY  |   |   |                              |   |                                      |
|--|---|---|------------------------------|---|--------------------------------------|
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu: |   |   |                              |   |                                      |
| 1.   | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:     | <input type="checkbox"/> Tak                | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa udzielenia informacji |                                      |
| 2.   | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:                              | <input type="checkbox"/> Tak                |                              | <input type="checkbox"/> Nie                          |                                      |
| 3.   | Osoba z niepełnosprawnościami:  | <input type="checkbox"/> Tak                | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa udzielenia informacji |                                      |
|  |   | Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy): |                              |   |                                      |
|  |   |   |                              |   | <input type="checkbox"/> Znaczny     |
|  |   |   |                              |   | <input type="checkbox"/> Umiarkowany |
|  |   |   |                              |   |                                      |
|  |   |   |                              |   | <input type="checkbox"/> Lekki       |
| 4.   | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej w punktach 1-5): | <input type="checkbox"/> Tak                | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa udzielenia informacji |                                      |

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Czytelny podpis)





**ZAŁĄCZNIK NR 2.**

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA**

|                           |  |                            |                            |
|---------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| <b>Imię, nazwisko</b>     |  | <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> M |
| <b>Adres zamieszkania</b> |  |                            |                            |
| <b>Numer telefonu</b>     |  |                            |                            |
| <b>Adres mailowy</b>      |  |                            |                            |

Będąc świadomym/a odpowiedzialności prawnej za podanie nieprawidłowych danych i/lub złożenie nieprawdziwego oświadczenia i/lub zatajenie prawdy oświadczam, że w chwili dokonania zgłoszenia udziału w projekcie:

**PROSZĘ ZAKREŚLIĆ ODPOWIEŃ POLE TAK LUB NIE ZNAKIEM X**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Wyrażam chęć udziału w projekcie „Czas na zmianę – II edycja” realizowanym przez Lubelski Ośrodek Samopomocy.  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Zapoznałem/am się z <b>Regulaminem projektu</b> i zobowiązuję się do jego przestrzegania   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Zamieszkuję na terenie województwa mazowieckiego w podregionie ostrołęcko siedleckim   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Wyrażam chęć podniesienia, uzupełnienia i potwierdzenia moich kwalifikacji zawodowych.   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Wyrażam zdolność i chęć podjęcia zatrudnienia w co najmniej połowie pełnego wymiaru czasu pracy.   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Podlegam innemu ubezpieczeniu społecznemu lub mam ustalone prawo do emerytury lub renty albo mam ustalone prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych w kwocie przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia brutto  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem emerytem/emerytką   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Pobieram rentę (rodzinną, socjalną, z tytułu niezdolności do pracy)  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem uczniem/słuchaczem szkół dziennych lub studentem studiów dziennych.   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku (zdjęcia, nagrania filmowe) w celach dokumentacyjnych. Jednocześnie jestem świadom/a, że wszelkie dobra płynące z komercyjnego wykorzystania mojego wizerunku nie będą miały miejsca, a dostępu do nich nie będą miały osoby trzecie. (zgodnie z ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 04.02.1994r., Dz. U. Nr 24, poz. 83, z późn. zm.)  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zawartych w dokumentacji z zajęć indywidualnych. Jednocześnie jestem świadom/a, że wszelkie pozyskane informacje będą przechowywane z wysoką starannością i poszanowaniem wszelkich standardów etyki, wyłączając z dostępu do nich osoby trzecie.  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Zostałem/am poinformowany/a o tym, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Deklaruję swój systematyczny udział we wszystkich formach wsparcia przewidzianych w projekcie (w wymiarze godzin nie mniejszym niż 80%).   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Zobowiązuję się do udzielania informacji na temat moich losów zawodowych w trakcie trwania wsparcia w ramach projektu, oraz po upływie 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie, a także udzielenia w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. Dane te będą wykorzystywane do sporządzania sprawozdań, monitoringu i ewaluacji oceny |



|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | rzeczywistych procesów zachodzących na rynku pracy w województwie mazowieckim oraz oceny efektywności prowadzonego wsparcia.  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Lubelskiego Ośrodka Samopomocy (Realizatora Projektu) o zmianach pojawiających się w moich danych osobowych, statusie na rynku pracy, miejscu zamieszkiwania, oraz wszelkich zmianach mających wpływ na powyższe oświadczenie i kwalifikowalność do projektu  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Przyjmuję do wiadomości, że złożony Formularz Zgłoszeniowy Uczestnika/Uczestniczki nie jest jednoznaczny z przyjęciem mnie do projektu.   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.   |
| <b>SPEŁNIAM/NIE SPEŁNIAM PONIŻSZE KRYTERIA I PRZEDSTAWIAM STOSOWNE ZAŚWIADCZENIE ( jeśli wymagane)</b> |  |   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osobą w wieku 15- 29 lat.<br><br>Data mojego urodzenia .....<br>Oraz nie kształcę się tj. nie uczestniczę w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym albo zaniedbuję obowiązek szkolny lub nauki<br>Nie szkolę się ( w ciągu ostatnich 4 tygodni od dnia składania dokumentów rekrutacyjnych)   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia, bezrobotną, tj. osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukuję zatrudnienia.   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osobą bierną zawodowo tj. osobą, która w danej chwili nie tworzy 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), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osobą pracującą znajdującą się w trudnej sytuacji na rynku pracy tj. zatrudnioną na umowę krótkoterminową (umowę wskazującą na zawarcie stosunku pracy lub innej formy zatrudnienia, zawarta na czas określony, który upływa w okresie realizacji projektu lub trwa nie dłużej niż 6 miesięcy;) (udokumentowanie – kserokopia posiadanej umowy).   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Zamieszkuję powiat makowski, ostrołęcki, ostrowski, sokołowski  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osobą o znacznym/umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z zaburzeniami psychicznymi w tym z niepełnosprawnością intelektualną/ z całościowym zaburzeniem rozwoju (udokumentowanie - orzeczenie o niepełnosprawności i oświadczenie uczestnika).   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osobą z lekkim stopniem niepełnosprawności (udokumentowanie - orzeczenie o niepełnosprawności i oświadczenie uczestnika).  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem Imigrantem tj. osobą nieposiadającą polskiego obywatelstwa, przybyłą lub zamierzającą przybyć do Polski w celu osiedlenia się(zamieszkania na stałe) lub na pobyt czasów i zamierzającą wykonywać lub wykonującą pracę na terytorium Polski  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem reemigrantem tj. obywatel polski, który przebywał za granicą Polski przez nieprzerwany okres co najmniej 6 miesięcy ,który zamierza powrócić do Polski lub który przebywa na terenie Polski nie dłużej niż 6 miesięcy przed przystąpieniem do projektu i deklaruje chęć podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej na terytorium Polski.   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osoba odchodzącą z rolnictwa lub członkiem rodziny rolnika tj. osoby podlegające ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2016 r. poz. 277, z późn.zm.) (KRUS), zamierzający podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objętą obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych(Dz. U. z 2017 r. poz. 1778)(zus). |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osobą zagrożoną ubóstwem (udokumentowanie - zaświadczenie z OPS)   |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b>   | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osobą ubogą pracującą tzn. jest to osoba której zarobki nie przekraczają płacy minimalnej (ustalanej na  |



|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>TAK</b>                             | <b>NIE</b>                             | podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę) lub osobę zamieszkującą w gospodarstwie domowym, w którym dochody (z wyłączeniem transferów socjalnych), przypadające na jedną osobę, nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu; (udokumentowanie - zaświadczenie o zarobkach, oświadczenie o liczbie osób na utrzymaniu i liczbie osób pracujących zamieszkujących to samo gospodarstwo) |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osobą długotrwale bezrobotną (udokumentowanie -zaświadczenie z UP)<br>-W przypadku osoby poniżej 25 roku życia pozostaje bezrobotny/a nieprzerwanie przez minimum 6 miesięcy<br>-W przypadku osoby powyżej 25 roku życia pozostaje bezrobotny/a nieprzerwanie przez minimum 12 miesięcy  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osobą o niskich kwalifikacjach do ISCED 3 (udokumentowanie - kopia ostatniego świadectwa szkolnego)  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Jestem osobą zamieszkałą na terenach objętych Regionalnymi Programami Rewitalizacji.  |
| <input type="checkbox"/><br><b>TAK</b> | <input type="checkbox"/><br><b>NIE</b> | Zamieszkuję w mieście tracącym funkcje społeczno - gospodarcze tj. Ostrołęka lub Ostrów Mazowiecki  |

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Czytelny podpis kandydata do udziału w projekcie)



### **ZAŁĄCZNIK NR 3**

#### **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. Czas na zmianę – II edycja oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

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 Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. 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 ( Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
  - 1) w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
    - 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 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
  - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
    - 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,
    - 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) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
    - 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 wyłącznie w celu realizacji projektu Czas na zmianę – II edycja, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Warszawie ul. Młynarska 16, 01-205 Warszawa (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt – Lubelskiemu Ośrodkowi Samopomocy ul. Grodzka 14 20-112 Lublin (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 Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. 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.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak 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, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie 96:

1) 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,  
2) 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,

3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,

4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Warszawie ul. Młynarska 16, 01-205 Warszawa (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt – Lubelskiemu Ośrodkowi Samopomocy ul. Grodzka 14 20-112 Lublin (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 Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*

