

Godzina wpływu:

## Formularz rekrutacyjny uczestników

<b>DANE PROJEKTU</b>	Tytuł projektu	Profilaktyka zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego										
	Nr projektu	RPPD.2.05.00-20-0019/18										
	Oś priorytetowa	II: Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa										
	Działanie	2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się										
	Priorytet inwestycyjny	8.6 Aktywne i zdrowe starzenie się										
	Termin realizacji projektu	od	01.12.2019 r.				do	30.06.2023 r.				
<p><b>Wniosek należy wypełnić DRUKOWANYMI literami i zaznaczyć krzyżykiem (x) odpowiednie pola (kwadraty).</b></p> <p><b>Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól wniosku z wyjątkiem pól wypełnionych kolorem szarym (jeśli pole nie może być wypełnione należy wpisać: nie dotyczy).</b></p>												
<b>I. Dane podstawowe</b>												
<b>DANE KANDYDATKI/ KANDYDATA</b>	Nazwisko											
	Imię/ Imiona											
	PESEL											
	Data urodzenia	/ /						format <b>dd/mm/rrrr</b>				
	Wiek w chwili aplikacji do projektu											
	Płeć	Kobieta					Mężczyzna					
	Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)											
	Poziom wykształcenia	Brak					Ponadgimnazjalne					
		Podstawowe					Pomaturalne					
Gimnazjalne					Wyższe							
<b>Adres zamieszkania</b>												

	Ulica, nr domu, nr mieszkania			
	Kod/Miejscowość			
	Województwo		Gmina	
	Powiat			
	<b>Adres korespondencyjny</b>			
	Ulica, nr domu, nr mieszkania			
	Kod/Miejscowość			
	<b>Dane kontaktowe</b>			
	Telefon stacjonarny	<input type="checkbox"/> nie posiadam		
	Telefon komórkowy	<input type="checkbox"/> nie posiadam		
E-mail	<input type="checkbox"/> nie posiadam			

## II. Status Kandydatki/Kandydata

Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <i>(proszę wybrać z poniższych jeśli zaznaczono „tak”)</i> <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 MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <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
--	---

**W tym (proszę zaznaczyć jeśli w punkcie II. Osoba pracująca zaznaczono „tak”)**

<input type="checkbox"/> inny  <input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia przedszkolnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <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 wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> Rolnik
---

**Zatrudniony/a w: (proszę podać konkretne miejsce pracy w tym NIP)**

--

### III. Informacje dodatkowe

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM UDZIELENIA 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"/> ODMAWIAM UDZIELENIA INFORMACJI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK

	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM UDZIELENIA INFORMACJI
<b><i>Dane kontaktowe osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, numer telefonu)</i></b>	

Oświadczam, iż

- Powyższe dane są zgodne z prawdą.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

***POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.***

.....  
(miejscowość, data i czytelny podpis Kandydata)

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. **Profilaktyka zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego**, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do czynności przetwarzania/procesów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 jest Województwo Podlaskie reprezentowane przez Marszałka oraz Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: [kancelaria@wrotapodlasia.pl](mailto:kancelaria@wrotapodlasia.pl), [www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl](http://www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl)). Natomiast w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych administratorem jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, tel.: +48 (22) 25 00 130, e-mail: [kancelaria@miir.gov.pl](mailto:kancelaria@miir.gov.pl));
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych (e-mail: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) i [iod@wrotapodlasia.pl](mailto:iod@wrotapodlasia.pl));
- 3) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze art. 6 ust. 1 lit. c) oraz 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 (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów *ustawy wdrożeniowej* – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (RPOWP 2014-2020),
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej/Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, ul. Pogodna 22, 15-354 Białystok, beneficjentowi realizującemu projekt - NZOZ „MD CARE” Sp. z o.o., Dworaki Stańki 46, 18-218 Sokoły, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu -

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Podstawowa Opieka Zdrowotna" Józef Malinowski, Jacek Lubecki, Marek Romanowicz, Marek Stojak s.c.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPOWP na lata 2014-2020;

- 6) podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt 4, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
- 7) kategoriami odbiorców danych są: Instytucje pośredniczące we wdrażaniu RPOWP na lata 2014-2020 oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi oraz podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji;
- 8) moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji RPOWP 2014-2020 oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
- 9) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
- 10) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
- 12) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA  
PROJEKTU/ OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ  
W REALIZACJI PROJEKTU