



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKÓW PROJEKTU	
Beneficjent	Uzdrowisko Goczałkowice – Zdrój Sp. z o.o.
Tytuł i numer projektu	„Aktywna rehabilitacja sposobem na aktywność zawodową” WND-RPSL.08.03.02-24-00G6/19
Czas trwania projektu	01-01-2019 – 31-03-2023

1	Informacje o kandydacie	Imię (imiona)			
		Nazwisko			
		Pesel			
		Wiek			
		Wykształcenie	Proszę zaznaczyć x przy właściwym		
			nizsze niż podstawowe(<i>brak formalnego wykształcenia</i>)		
			podstawowe (<i>ukończona 6-l szkoła podstawowa</i>)		
			gimnazjalne (<i>ukończone 3-l gimnazjum lub 8-letnia szkoła podstawowa</i>)		
			ponadgimnazjalne (<i>ukończona szkoła średnia, ogólnokształcąca lub technikum lub ukończona zasadnicza szkoła zawodowa</i>)		
			policealne (<i>ukończona szkoła policealna</i>)		
Wykonywany zawód					
Czy kandydat/ka jest osobą z niepełnosprawnościami? ¹	Proszę zaznaczyć x przy właściwym				
	TAK	NIE			
2	Adres zamieszkania	Ulica nr domu/mieszkania			
		Kod pocztowy			
		Miejscowość			
		miasto/wieś			
		powiat			
		województwo			
3	Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy			
		Adres poczty elektronicznej			

¹ Definicja znajduje się w Regulaminie Projektu

Załącznik nr 1
do Regulaminu Projektu „Aktywna rehabilitacja sposobem na aktywność zawodową”
WND-RPSL.08.03.02-24-00G6/19

STATUS KANDYDATA/TKI spełnienie kryteriów udziału w projekcie			
Należy zaznaczyć właściwe pole w każdym wierszu		TAK	NIE
1	Czy kandydat/ka jest osobą zamieszkałą na terenie woj. śląskiego?		
2	Kobieta –czy kandydatka jest w wieku 50-59 lat? Mężczyzna – czy kandydat jest w wieku 50 – 64 lata?		
3	Czy kandydat/ka jest osobą zatrudnioną?		
	w tym administracji rządowej		
	w tym administracji samorządowej		
	w tym w dużym przedsiębiorstwie		
	w tym w małym i średnim przedsiębiorstwie		
	w tym w mikro przedsiębiorstwie		
	w tym w organizacji pozarządowej		
	w tym prowadzącą własną działalność gospodarczą		
	Miejsce zatrudnienia kandydata/ki		
4	Czy kandydat/ka jest osobą bezrobotną? ²		
	w tym: czy jest osobą bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy		
5	Czy kandydat/ka jest osobą bierną zawodowo – gotową do podjęcia pracy?		
6	Czy u kandydat/ka rozpoznano przewlekłe choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego?		
	w tym M15		
	w tym M16		
	w tym M17		
	w tym M18		
	w tym M19		
	w tym M47		
	w tym M50		
	w tym M51		
	w tym M54		
7	Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do projektu Kandydat/ka nie korzystał/ła ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych? (TAK – nie korzystałem/łam, NIE – korzystałem/łam)		
Data i podpis kandydata/ki			

² Definicja znajduje się Regulaminie Projektu

OŚWIADCZENIA kandydata/tki	
<p>Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko) pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:</p>	
<p>Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki.</p>	
<p>Oświadczam, że wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.</p>	
<p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji procesu rekrutacji i przyjmuję do wiadomości, że:</p>	
<p>a) Przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a) 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.</p> <p>b) W związku z realizacją procesu rekrutacji do niniejszego projektu przetwarzane będą kategorie danych osobowych Uczestnika projektu zawarte w formularzu – zakres zgodny z <i>Wytocznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020</i>.</p> <p>c) Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów lub do wycofania zgody.</p> <p>d) Administratorem danych osobowych jest Uzdrowisko Goczałkowice Zdrój Sp. z o.o. ul. Uzdrowska 54,43-230 Goczałkowice Zdrój.</p> <p>e) Moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu.</p> <p>f) Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficjenta – Uzdrowisko Goczałkowice Zdrój Sp. z o.o., ul. Uzdrowska 54, 43-230 Goczałkowice Zdrój; • Instytucję Zarządzającą – Zarząd Województwa Śląskiego, z siedzibą przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice, kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – daneosobowe@slaskie.pl. • instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa. • o powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik zostanie poinformowany w drodze pisemnej. <p>g) Mam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.</p> <p>h) Mam prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.</p> <p>i) Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.</p> <p>j) Wymienione prawa będą traktowane w sposób określony w artykułach 13 do 19 Rozdziału III: „Prawa osoby, której dane dotyczą” rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.</p> <p>k) Podanie moich danych osobowych, o których mowa w pkt b, jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.</p> <p>l) Udostępnione dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.</p>	
<p>Oświadczam w okresie ostatnich 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do projektu nie korzystałem/am ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu jednostek chorobowych: M15, M16, M17, M18, M19, M47, M50, M51, M54.</p>	
<p>Data i czytelny podpis kandydata/ki</p>	