**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**„Stacja Aktywacja”**

Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Oś Priorytetowa IX Włączenie społeczne; Działanie IX.1 „Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”; Poddziałanie IX.1.1 „Aktywizacja społeczno- zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”

|  |  |
| --- | --- |
| **Data i godzina wpływu/podpis osoby przyjmującej** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Numer Identyfikacyjny Kandydata/Kandydatki  | …………….……./2021 |

**Informacje dla Kandydata/Kandydatki dotyczące wypełniania formularza**

* Formularz należy wypełnić komputerowo lub ręcznie – czytelnie, drukowanymi literami.
* Należy wypełnić wszystkie pola formularza wpisując odpowiednie dane lub „nie dotyczy”.
* Do formularza należy dołączyć wszystkie wymagane załączniki dotyczące sytuacji Kandydata/Kandydatki (np. dokument potwierdzający rejestrację w Urzędzie Pracy, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i inne dokumenty potwierdzające sytuację kandydata/ki związaną ze szczególną sytuacją np. zaświadczenie z MOPS, OPS)
1. **DANE KANDYDATA/KANDYDATKI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **DANE PERSONALNE** |  |
| 1. | Imię / Imiona |  |  |
| 2. | Nazwisko |  |  |
| 3. | Data i miejsce urodzenia |  |  |
| 4. | Płeć | 🞏 Kobieta  | 🞏 Mężczyzna |  |
| 5. | Wiek w latach |  |  |
| 6. | PESEL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |
| 7. | **DANE KONTAKTOWE**  |  |
|  | Miejscowość |  |  |
|  | Ulica, nr budynku / lokalu |  |  |
|  | Kod pocztowy |  |  |
|  | Poczta |  |  |
|  | Województwo |  |  |
|  | Powiat |  |  |
|  | Gmina |  |  |
|  | Telefon stacjonarny |  |  |
|  | Telefon komórkowy |  |  |
|  | Adres poczty elektronicznej  |  |  |
|  | Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż zamieszkania)  |  |  |
| 8. | **WYKSZTAŁCENIE** |  |
| **Poziom wykształcenia****(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)** | 🞏**Niższe niż podstawowe (ISCED 0)** – brak osiągniętego wykształcenia podstawowego🞏**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 szkoły zawodowej🞏**Policealne(ISCED 4)**– kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej🞏**Wyższe (ISCED 5-8)**– kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych |  |
| 9. | **STATUS NA RYNKU PRACY** |
| **Status na rynku pracy (definicje według Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy)** | **Osoba bezrobotna** osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną. | 🞏tak🞏nie |
| **w tym długotrwale bezrobotna:**-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). | 🞏tak🞏 nie |
| **w tym zarejestrowana w PUP** | 🞏tak🞏 nie |
| **Osoba bierna zawodowa** to osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca 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) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna. | 🞏tak🞏nie |
| **Czas pozostawania bez pracy** | 🞏 do 6 miesięcy🞏 od 7 miesięcy do 1 roku🞏 od 1 roku do 2 lat🞏 powyżej 2 lat |
| 10. | **SZCZEGÓLNA SYTUACJA KANDYDATA/KANDYDATKI** |
| **Sytuacja kandydatki/ta** | Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 11) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 12) alkoholizmu lub narkomanii; 13) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 14) klęski żywiołowej lub ekologicznej. | 🞏tak🞏nie |
| Osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym: 1) bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;2) uzależniona od alkoholu;3) uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających;4) chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;5) długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;6) zwalniana z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;7) uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;8) osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, która podlega wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie jest w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajduje się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. | 🞏tak🞏nie |
| Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. | 🞏tak🞏nie |
| Osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w wieku przedszkolnym posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności oraz dzieci i młodzież posiadające orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim. Orzeczenia są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej | 🞏tak🞏nieStopień: ……………………………Symbol.: ………………………….. |
| Niezbędne udogodnienie z tytułu posiadanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności | 🞏tak🞏nie………………………………… |
| Członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością | 🞏tak🞏nie |
| Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 | 🞏tak🞏nie |
| Osoby odbywające kary pozbawienia wolności | 🞏tak🞏nie |
| Osoby korzystające z PO PŻ | 🞏tak🞏nie |

 **II. KRYTERIA KWALIFIKACYJNE**

|  |
| --- |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** |
|  | Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że: |
| 1. | **Kryteria dostępu****(proszę zaznaczyć X****w każdym właściwym miejscu)** | 🞏 | Mieszkam na terenie woj. łódzkiego |
| 🞏 | Jestem w wieku 18-65 lata |
| 🞏 | Jestem osobą bierną zawodową |
| 🞏 | Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w PUP |
| 🞏 | Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w PUP |
| 🞏 | Jestem wykluczony (a) z powodu min. 1 przesłanki o której mowa w pkt. 10 formularza rekrutacyjnego. |
| **KRYTERIA PIERWSZEŃSTWA** |
|  | Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że: |
| 1. | **Kryteria pierwszeństwa****(proszę zaznaczyć X****w każdym właściwym miejscu)** | 🞏 | Jestem osobą i rodziną zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społ. doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki o której mowa w pkt. 10 formularza rekrutacyjnego. |
| 🞏 | Jestem osobą korzystającą z PO PŻ |
| 🞏 | Jestem osobą ze znacznym bądź umiarkowanym stopniem niepełnosprawności |
| 🞏 | Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną  |
| 🞏 | Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwoju. |

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ**

**Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:**

1. Wszystkie podane przeze mnie informacje i dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademię Zdrowia Izabela Łajs dla potrzeb procesu rekrutacji w projekcie „Stacja Aktywacja” współfinansowanego ze środków EFS w ramach RPO Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (zgodnie z art. 6 ust 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. i Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020).
3. Zapoznałam/em się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Stacja Aktywacja” zawartymi w Regulaminie projektu, akceptuję wszystkie postanowienia ww. regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w regulaminie.
4. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt finansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
5. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
6. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do beneficjentów projektu.
7. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Akademię Zdrowia Izabela Łajs.
8. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby projektu.
9. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
10. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania beneficjenta o zmianie danych wpisanych w Formularzu rekrutacyjnym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).
11. Zobowiązuję się po zakończeniu udziału w projekcie do dostarczenia beneficjentowi w terminie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie kopii dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, wpis do CEIDG).

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

 Data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

**DANE OSOBOWE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU**

**„Stacja Aktywacja”**

Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Oś Priorytetowa IX Włączenie społeczne; Działanie IX.1 „Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”; Poddziałanie IX.1.1 „Aktywizacja społeczno- zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **DANE** |  |
| 1 | Kraj | POLSKA |
| 2 | Rodzaj uczestnika | INDYWIDUALNY |
| 3 | Nazwa instytucji | Akademia Zdrowia Izabela Łajs90-205 Łódź, ul. Jana Kilińskiego 21, NIP: 728 134 85 65, REGON: 472067010 |
| 4 | Imię |  |
| 5 | Nazwisko |  |
| 6 | PESEL |  |
| 7 | Płeć  |  |
| 8 | Wiek w chwili przystępowania do projektu |  |
| 9 | Wykształcenie | * niższe niż podstawowe
* podstawowe
* gimnazjalne
* ponadgimnazjalne
* policealne
* wyższe
 |
| 10 | Województwo  |  |
| 11 | Powiat |  |
| 12 | Gmina |  |
| 13 | Miejscowość |  |
| 14 | Ulica |  |
| 15 | Nr budynku |  |
| 16 | Nr lokalu |  |
| 17 | Kod pocztowy |  |
| 18 | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | * miejski
* wiejski
 |
| 19 | Telefon kontaktowy |  |
| 20 | Adres e-mail |  |
| 21 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | * osoba bierna zawodowo
 | * osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
 |
| 22 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | * osoba bezrobotna
 | * długotrwale bezrobotna
 |
| 22 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia\* | * TAK
* NIE
* ODMOWA PODANIA INFORMACJI
 |
| 23 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań\* | * TAK
* NIE
 |
| 24 | Osoba z niepełnosprawnościami\* | * TAK
* NIE
* ODMOWA PODANIA INFORMACJI
 |
| Oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym:Miejscowość i data………………………….. ………………………………………………………..… Podpis Uczestniczki/Uczestnika Projektu |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Stacja Aktywacja” zobowiązuję się, że:

1. W terminie 4 tygodni po zakończenia 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.
2. W terminie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w Projekcie dostarczę Beneficjentowi dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności społecznej i/lub zatrudnieniowej.\*

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następuję:

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

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
	* 1. Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
		2. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.
2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

a) w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - iod@lodzkie.pl

b) w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”: iod@miir.gov.pl

lub adres poczty iod@akademia-zdrowia.pl (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).

1. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Stacja Aktywacja”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
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 i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:
	1. w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 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,
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,
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
	1. w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym 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,
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,
8. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
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.
10. Odbiorcą moich danych jest:
	* 1. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
		2. Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
		3. Instytucja Pośrednicząca – Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź,
		4. Beneficjent realizujący Projekt - Akademia Zdrowia Izabela Łajs z siedzibą w Justynowie przy ul. Głównej 81. (nazwa i adres Beneficjenta),
		5. podmioty, 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 Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

1. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
2. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
3. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
4. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.
6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowania.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)\*\** |

# OŚWIADCZENIE O NUMERZE KONTA BANKOWEGO

# UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

**„Stacja Aktywacja”**

Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Oś Priorytetowa IX Włączenie społeczne; Działanie IX.1 „Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”; Poddziałanie IX.1.1 „Aktywizacja społeczno- zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”

Ja, niżej podpisana/y

………………………………………..………..………………………………………………..……………………………………………

*(imię i nazwisko)*

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

oświadczam, iż wszelkie świadczenia dokonywane w projekcie pt. „Stacja Aktywacja” realizowany przez Akademię Zdrowia Izabela Łajs, ul. Główna 18, 95-020 Justynów na podstawie umowy o dofinansowanie nr RPLD.09.01.01-10-B062/20-00 z dnia 2 lutego 2021 r., proszę przekazać na podany rachunek bankowy nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………  | ………………………………………………………… |
|  Miejscowość i data | Czytelny podpis uczestnika/czki projektu |

1. \* Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których istnieje obowiązek monitorowania efektywności społecznej i/lub zatrudnieniowej.

\*\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-1)