# Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Mam pomysł na siebie”

|  |  |
| --- | --- |
| **ANKIETA REKRUTACYJNA** | |
| **Tytuł projektu** | **„Mam pomysł na siebie”** |
| **Nr projektu** | **RPMA.09.01.00-14-c093/19** |
| **Nazwa Programu Operacyjnego** | **Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020** |
| **Numer i nazwa Osi Priorytetowej** | **IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem** |
| **Numer i nazwa Działania** | **9.1 Aktywizacja społeczno- zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu** |

*Pola zaznaczone na szaro wypełnia pracownik Projektu.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** |  | Imię (imiona) |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | Płeć | Kobieta |
| Mężczyzna |
|  | Wiek w chwili przystępowania do projektu |  |
|  | PESEL |  |
|  | Wykształcenie na poziomie: | ISCED 0 |
| ISCED 1 |
| ISCED 2 |
| ISCED 3 |
| ISCED 4 |
| ISCED 5-8 |
| **Dane kontaktowe** |  | Województwo |  |
|  | Powiat |  |
|  | Gmina |  |
|  | Miejscowość |  |
|  | Ulica |  |
|  | Numer budynku |  |
|  | Numer lokalu |  |
|  | Kod pocztowy |  |
|  | Telefon kontaktowy |  |
|  | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| **Szczegóły wsparcia** |  | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
|  | Data zakończenia udziału w projekcie |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Status uczestnika/czki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu** | | |
| Proszę wybrać jedną z poniższych możliwości | | |
|  | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:  🞏 osoba długotrwale bezrobotna  🞏 inne | |
|  | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:  🞏 osoba długotrwale bezrobotna  🞏 inne | |
|  | osoba bierna zawodowo, w tym:  🞏 osoba ucząca się 🞏 inne  🞏 osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | |
|  | **osoba pracująca, w tym:**  🞏 osoba pracująca w administracji rządowej  🞏 osoba pracująca w administracji samorządowej  🞏 osoba pracująca w MMŚP  🞏 osoba pracująca w organizacji pozarządowej  🞏 osoba prowadząca działalność na własny rachunek  🞏 osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  🞏 inne  **WYKONYWANY ZAWÓD:**  🞏 instruktor praktycznej nauki zawodu  🞏 nauczyciel kształcenia ogólnego  🞏 nauczyciel wychowania przedszkolnego  🞏 nauczyciel kształcenia zawodowego  🞏 pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  🞏 kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  🞏 pracownik instytucji rynku pracy  🞏 pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  🞏 pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  🞏 pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  🞏 pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej  🞏 rolnik  🞏 inne  **ZATRUDNIONY W** …………………………………………………………………………………………………………… | |
|  |
| **Status uczestnika/czki w chwili przystępowania do projektu** | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  🞏 TAK 🞏 NIE | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  🞏 TAK 🞏 NIE | | |
| Osoba z niepełno sprawnościami  🞏 TAK 🞏 NIE | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  🞏 TAK 🞏 NIE | | |
| Korzystam ze wsparcia w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020  🞏 TAK 🞏 NIE | | |
| TAK – proszę obok opisać jakie | | Czy posiada Pan/Pani jakieś specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności?  ……………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| NIE | |
| Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:  🞏 TAK 🞏 NIE  W przypadku odpowiedzi TAK, proszę podać powód/powody:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |

Oświadczam, że:

1. dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie „Mam pomysł na siebie” realizowanym przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wiązownie w partnerstwie ze Stowarzyszeniem „KROKUS - Wiązowna”
2. zostałem/łam poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem Działanie 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
3. zapoznałem /am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie i w pełni go akceptuję;
4. zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie będę zobowiązany/a do udziału we wszystkich zaproponowanych działaniach.
5. zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. z 2020r. poz. 1444) za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy,
6. oświadczam, że dane zawarte w Ankiecie Rekrutacyjnej są zgodne z prawdą;
7. zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r. poz. 1000 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem 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) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych, w tym wrażliwych, na potrzeby rekrutacji, realizacji, monitorowania i ewaluacji Projektu.

**……………………………………………. ……………………………………………………………………………………**

**Miejscowość, data Czytelny podpis**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**Działając na podstawie art. 13 i art. 14 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), informuję, że:**

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Dyrektor Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wiązownie (GOPS) z siedzibą Radiówek 25, 05-462 Wiązowna.
2. W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Danych Osobowych, e-mail: [daneosobowe@gops-wiazowna.pl](mailto:daneosobowe@gops-wiazowna.pl)
3. Dane będą przetwarzane w celu realizacji:

Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.)

- Projektu „Mam pomysł na siebie” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działania 9.1. Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

- Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz.U. 2019 poz. 1507 z późn.zm.).

1. Odbiorcą Pani/a danych osobowych będą podmioty, którym Administrator Danych zobowiązany jest przekazać dane z mocy obowiązującego prawa oraz wybrane podmioty, z którymi Administrator Danych zawarł umowy o powierzeniu przetwarzanych danych (np. firmy realizujące kursy, wsparcie psychologiczne, wyjazdy, dowóz).
2. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
4. Ma Pan/i prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
5. Ma Pan/i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofanie. Skorzystanie prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
6. Ma Pan/i także prawo do przenoszenia danych.
7. Pani/a dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i poddawane profilowaniu.
8. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
9. Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**…………………………………………………. ………………………………………………………………………………**

**Miejscowość, data Czytelny podpis**