

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do projektu pn.

„Zielone kompetencje dla podregionu rybnickiego”

numer projektu: FESL.10.17-IP.02-0771/23

Beneficjent: (Operator - Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.)

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| RODZAJ FORMULARZA (zaznaczyć właściwy kwadrat) | |
| <input type="checkbox"/> zgłoszeniowy | <input type="checkbox"/> korygujący |
| INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OPERATORA (osobę przyjmującą formularz zgłoszeniowy) | |
| Data przyjęcia formularza | |
| Indywidualny numer identyfikacyjny | |

Instrukcja wypełniania Formularza zgłoszeniowego:

- Formularz zgłoszeniowy należy wypełnić komputerowo lub drukowanymi literami!**
- Właściwą odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem.
- Wymagane jest wypełnienie **wszystkich pól** i uzupełnienie własnoręcznych, czytelnych podpisów pod oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza.
- W miejscach, w których zakres informacji/danych nie dotyczy osoby wypełniającej formularz, należy wpisać „nie dotyczy”.

1. DANE IDENTYFIKACYJNE UCZESTNIKA PROJEKTU

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------------|
| Imię | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | | | | | | | | | | |
| Obywatelstwo | | | | | | | | | | | | |
| Płeć | <input type="checkbox"/> KOBIECIA | | | | | <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA | | | | | | |
| NIP (jeśli posiadasz) | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> brak nr PESEL |
| Typ i nr dokumentu (dot. w przypadku braku PESEL) | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | | | | | | | | | | | RRRR – MM – DD |
| Wykształcenie (zaznacz jedną odpowiedź) | <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe | | | | | <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) | | | | | <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne ¹ (ISCED 3) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) | | | | | <input type="checkbox"/> wyższe ² (ISCED 5-8) | | | | | | |

¹ Ukończona zasadnicza szkoła zawodowa, liceum, technikum, technikum uzupełniające.² Ukończone studia krótkiego cyklu, licencjackie, magisterskie, doktoranckie.



ADRES ZAMIESZKANIA (należy podać miejsce zamieszkania, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu. Należy podać indywidualne dane kontaktowe Uczestnika – w tym unikatowy numer telefonu i unikatowy adres e-mail, przy czym unikatowy oznacza właściwy tylko dla Uczestnika)

| | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--------------|--|-----------|
| Kraj | | | | | |
| Województwo | | | | | |
| Powiat | | | | | |
| Gmina | | | | | |
| Miejscowość | | | Kod pocztowy | | |
| Ulica | | | Nr budynku | | Nr lokalu |
| Telefon (obligatoryjnie) | | | | | |
| Adres e-mail (obligatoryjnie) | | | | | |

2. KRYTERIA DOSTĘPU DO PROJEKTU

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| Mieszkam na terenie subregionu zachodniego lub pracuję na terenie subregionu zachodniego (miejscowość siedziby/oddziału pracodawcy) | <input type="checkbox"/> TAK ³ | <input type="checkbox"/> NIE | Kod pocztowy | |
| | | | miejscowość ⁴ | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Jestem przedsiębiorcą (w rozumieniu art. 4 ust. 1-2 ustawy Prawo Przedsiębiorców ⁵) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jestem pracownikiem operatora lub partnera projektu pn. „Zielone kompetencje dla podregionu rybnickiego” | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Skorzystam z usług rozwojowych w zakresie zielonych kompetencji/kwalifikacji | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

3. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUP W NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI⁶

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Osoba w wieku co najmniej 55 lat (osoba, która ukończyła 55. rok życia na dzień przesłania fiszki zgłoszeniowej) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba bezrobotna | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba z niepełnosprawnością | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba z wykształceniem co najwyżej ponadgimnazjalnym | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych (mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska). | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

³ W przypadku wyboru opcji „TAK” wymagane dołączenie dokumentu potwierdzającego miejsce zamieszkania lub dołączenie zaświadczenia o zatrudnieniu.

⁴ Proszę o podanie kodu pocztowego i miejscowości miejsca zamieszkania lub miejscowości siedziby/oddziału pracodawcy, którego będzie dotyczyć przedłożony dokument potwierdzający miejsce zamieszkania lub miejscowość siedziby/oddziału pracodawcy

⁵ Zarejestrowaną w CEIDG, dotyczy to osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą oraz wspólników spółki cywilnej (w tym osób z zawieszoną działalnością)

⁶ W przypadku wyboru opcji „TAK” wymagane dołączenie dokumentu potwierdzającego dany status. W przypadku wyboru kilku kategorii wymagane jest potwierdzenie tylko jednej.

**4. OSOBA PRACUJĄCA W GÓRNICTWIE LUB BRANŻY OKOŁOGÓRNICZEJ⁷**

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <p>Osoba pracująca w górnictwie lub branży okołogórnicznej, w tym osoba, która opuściła którąś z tych branż nie wcześniej niż 1.01.2021 r. (do branży górniczej zalicza się podmioty działające w obszarze o kodach Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) z Sekcji B – górnictwo i wydobywanie. Branża okołogórnicza – przedsiębiorca, którego działalność gospodarcza jest uzależniona od sektora górnictwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dostarcza produkty oraz usługi dla sektora górniczego (w tym m.in. produkcja maszyn i urządzeń górniczych, dostawcy specjalistycznych materiałów, usługi napraw i konserwacji urządzeń górniczych, dostawa wyrobów gumowych i tworzyw sztucznych) i usługi wspomagające górnictwo; – albo prowadzi działalność w sektorze metalowym bądź jest wytwórcą energii elektrycznej lub ciepła w oparciu o dostawy węgla) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|

5. STATUS NA RYNKU PRACY (zaznacz jedną odpowiedź)

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <p>Osoba pracująca (osoba wykonująca pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie lub osoba posiadająca zatrudnienie, która chwilowo nie pracuje ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie; osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, który zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem)</p> | <input type="checkbox"/> TAK |
| <p>Osoba bezrobotna (osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, zarejestrowana lub niezarejestrowana jako bezrobotna w ewidencji urzędów pracy, w tym emeryci i renciści poszukujący pracy),</p> <ul style="list-style-type: none"> – w tym osoba długotrwale bezrobotna (osoba pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych w miejscu pracy) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK |
| <p>Osoba bierna zawodowo (nie jest ani osobą pracującą ani bezrobotną, np. student lub doktorant, który nie jest zatrudniony na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; osoba przebywająca na urlopie wychowawczym, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna)</p> | <input type="checkbox"/> TAK |

6. INFORMACJE DODATKOWE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Wskaż potrzeby specjalne (jeśli dotyczy)</p> <p>Zgodnie ze standardami dostępności dla polityki spójności 2021-2027, stanowiącymi załącznik nr 2 do „Wytycznych dotyczących zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027”</p> | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

⁷ W przypadku wyboru opcji „TAK” wymagane dołączenie dokumentu potwierdzającego status.

**7. ZAŁĄCZNIKI⁸**

| Załącznik ⁹ | Tak | Nie |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zaświadczenie potwierdzające stałe zamieszkanie na obszarze realizacji projektu - Zaświadczenie o miejscu zameldowania, lub - Zaświadczenie wydane przez właściwy dla adresu zamieszkania Urząd Skarbowy, że osoba zarejestrowana jest w urzędzie jako podatnik podatku dochodowego, lub - Inne zaświadczenie (np. kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, akt własności lub umowa najmu mieszkania, umowa na media (np. prąd, gaz, woda, telefon), w której są dane osoby zainteresowanej uczestnictwem w projekcie; zaświadczenie właściciela lub najemcy lokalu, w którym potwierdzi on stałe przebywanie osoby zainteresowanej uczestnictwem w projekcie w lokalu (w tym dokument potwierdzający, że osoba zaświadcza jest jego właścicielem lub najemcą), lub zaświadczenie o zatrudnieniu wystawione przez pracodawcę, którego główna siedziba/oddział mieści się na obszarze realizacji projektu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wydruk z ZUS PUE (Sekcja „Ubezpieczenia i Płatnicy”) wskazujący czy osoba zainteresowana uczestnictwem w projekcie posiada status płatnika składek (nie dotyczy w przypadku podania NIP). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zaświadczenie z zakładu pracy poświadczające zatrudnienie w górnictwie lub branży okołogórnicznej lub kopia świadectwa pracy potwierdzona za zgodność z oryginałem, w przypadku osoby, która opuściła którąś z tych branż nie wcześniej niż 1.01.2021 r. (jeśli dotyczy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Załącznik ⁹ | Tak | Nie |
| Załączniki potwierdzające przynależność do grupy w niekorzystnej sytuacji – należy dostarczyć tylko jeden wybrany załącznik (jeśli w fiszce w pkt 13 zaznaczono odpowiedź TAK) | | |
| Zaświadczenie z ZUS lub PUP o statusie osoby bezrobotnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopia orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzona za zgodność z oryginałem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zaświadczenie z OPS potwierdzające status osoby bezdomnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopia dokumentu potwierdzającego najwyższe posiadane wykształcenie potwierdzona za zgodność z oryginałem, np. świadectwo, dyplom (<i>dotyczy osób posiadających wykształcenie, co najwyżej ponadgimnazjalne</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oświadczenie o przynależności do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. OŚWIADCZENIA

| Lp. | Oświadczenia | Tak | Nie |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Oświadczam, że z własnej inicjatywy deklaruję chęć podnoszenia umiejętności/kompetencji lub nabycia kwalifikacji, poza godzinami pracy lub w dni wolne od pracy poprzez udział w projekcie pn. „Zielone kompetencje dla podregionu rybnickiego”, realizowanym w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, działanie 10.17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Oświadczam, że jestem osobą dorosłą, która ukończyła 18. rok życia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

⁸ W przypadku wyboru opcji „TAK” wymagane dołączenie dokumentu/ów.

⁹ Zaświadczenia uznaje się za ważne przez okres 30 dni od dnia ich wydania. Zaświadczenia muszą być ważne na dzień złożenia dokumentów oraz na dzień przystąpienia do projektu, tj. podpisania umowy uczestnictwa.



| | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. | Oświadczam, że jestem osobą zamieszkujejącą i/lub pracującą na terenie subregionu zachodniego województwa śląskiego. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Oświadczam, że nie jestem zarejestrowana/-y w CEIDG, ani w żadnym innym rejestrze przedsiębiorców, oraz nie prowadzę działalności gospodarczej i nie posiadam zawieszanej działalności gospodarczej. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Deklaruję udział w usłudze rozwojowej, której zakres tematyczny powiązany jest z obszarami technologicznymi wskazanymi w Regionalnej Strategii Innowacji Województwa Śląskiego 2030 oraz Programie Rozwoju Technologii Województwa Śląskiego na lata 2019-2030. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Deklaruję udział u usłudze rozwojowej prowadzącej do nabycia kwalifikacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym i dodatkowych dokumentach (o ile dotyczy) są prawdziwe, kompletne i w pełni odzwierciedlają moją sytuację prawną oraz są zgodne ze stanem faktycznym, a oświadczenie powyższe składam świadoma/-y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Zobowiązuję się do dostarczania do Operatora dodatkowych wyjaśnień, dokumentów (informacji) niezbędnych w trakcie weryfikowania mojego statusu i udzielonego wsparcia w terminie wyznaczonym przez Operatora. Przekroczenie wyznaczonego terminu może skutkować odmową zakwalifikowania do udziału w projekcie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Wyrażam zgodę na weryfikację danych zawartych we wszystkich złożonych dokumentach na każdym etapie realizacji projektu oraz na poddawanie się kontroli, ewaluacji i monitoringowi udzielonego wsparcia, na uczestnictwo w wszelkich kontrolach, badaniach, przeprowadzanych przez Operatora lub przez wskazany podmiot oraz inne uprawnione instytucje. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Wyrażam zgodę na otrzymywanie wszelkich informacji o projekcie i uczestnictwa w nim, drogą elektroniczną na adres e-mail podany w formularzu zgłoszeniowym w rozumieniu art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu naboru do projektu, rozumiem zawarte w nim zapisy i w pełni je akceptuję oraz zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień w trakcie realizacji projektu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji (FST). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Zobowiązuję się do wniesienia wkładu własnego w wysokości minimum 5% wartości każdej usługi rozwojowej. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Oświadczam, że jestem świadoma/-y, iż złożenie niniejszego formularza zgłoszeniowego wraz z załącznikami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do objęcia wsparciem w ramach projektu pn. „Zielone kompetencje dla podregionu rybnickiego”. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....
Data i czytelny podpis

UWAGA:

Podpis musi pozwalać na jednoznaczny identyfikację osoby, która go złożyła tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.



Klauzula informacyjna

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Zielone kompetencje dla podregionu rybnickiego” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, Priorytet FESL.10 Fundusze Europejskie na transformację, Działanie FESL.10.17 Kształcenie osób dorosłych – FST (dalej: „Projekt”), zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., zwanego dalej Rozporządzeniem, informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jako uczestników Projektu jest Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A. (ARR Częstochowa) z siedzibą w Częstochowie, Aleja Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 8, 42-202 Częstochowa;
- 2) Państwa dane osobowe - w zależności od przedsięwzięcia realizowanego w ramach Projektu, mogą być również współadministrowane przez Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości S.A. (ARP Żory) z siedzibą w Żorach ul. Wodzisławska 1, lok. 403, 44-240 Żory;
- 3) pytania w sprawie przetwarzania danych osobowych prosimy kierować do Inspektora Danych Osobowych na adres email: daneosobowe@arr.czestochowa.pl lub listownie na adres: Inspektor Danych Osobowych, Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A., al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok 8, 42-202 Częstochowa, jak również na do Inspektora Danych Osobowych Współadministratora na adres email: zarzad@arpsa.pl lub listownie na adres: Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości S.A. (ARP Żory), ul. Wodzisławska 1, lok. 403, 44-240 Żory;
- 4) będziemy przetwarzać Państwa dane, takie jak:

| | | |
|------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dane uczestnika | 1 | Imię |
| | 2 | Nazwisko |
| | 3 | Obywatelstwo |
| | 4 | PESEL |
| | 5 | Typ i numer dokumentu tożsamości (w przyp. braku nr PESEL) |
| | 6 | NIP |
| | 7 | Płeć |
| | 8 | Data urodzenia |
| | 9 | Numer telefonu |
| | 10 | Adres e-mail |
| | 11 | Poziom wykształcenia |
| | 12 | Numer rachunku bankowego |
| Dane zamieszkania uczestnika | 1 | Kraj |
| | 2 | Województwo |
| | 3 | Powiat |
| | 4 | Gmina |
| | 5 | Kod pocztowy |
| | 6 | Miejscowość |
| | 7 | Ulica |
| | 8 | Numer budynku |
| | 9 | Numer lokalu |
| | 10 | Dane najemcy/właściciela lokalu wskazane na zaświadczeniu właściciela lub najemcy lokalu potwierdzającym stałe przebywanie osoby zainteresowanej uczestnictwem w projekcie w lokalu (w tym dokument potwierdzający, że osoba zaświadczonej jest jego właścicielem lub najemcą) |
| | 1 | Osoba prowadząca działalność gospodarczą w rozumieniu art. 4 ust. 1-2 ustawy Prawo przedsiębiorców |



| | | |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kryteria dostępu oraz status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu | 2 | Osoba pracująca |
| | 3 | Osoba pracująca w górnictwie lub branży okołogórnicznej, w tym osoba, która opuściła którąś z tych branż nie wcześniej niż 1.01.2021 r. |
| | 4 | Zatrudnienie u Operatora lub partnera projektu |
| | 5 | Osoba z niepełnosprawnością i/lub ze wskazaniem potrzeb specjalnych |
| | 6 | Okres ważności orzeczenia o niepełnosprawności |
| | 7 | Osoba bezrobotna |
| | 8 | Osoba długotrwale bezrobotna |
| | 9 | Osoba bierna zawodowo |
| | 10 | Osoba w kryzysie bezdomności lub osoba dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |
| | 11 | Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych |
| | 12 | Świadczenie usługi przez podmiot na rzecz swoich pracowników |
| | Szkoła – wykształcenie | 1 |
| 2 | | Kierunek/specjalizacja |
| 3 | | Okres kształcenia |
| Kursy/Szkolenia/Uprawnienia | 1 | Instytucja |
| | 2 | Kierunek/specjalizacja |
| | 3 | Nazwa kursu/szkolenia |
| | 4 | Okres kształcenia |
| | 5 | Efekty uczenia się/zakres merytoryczny |
| Doświadczenie zawodowe | 1 | Nazwa zakładu pracy |
| | 2 | Adres siedziby zakładu pracy |
| | 3 | Forma zatrudnienia |
| | 4 | Okres zatrudnienia |
| | 5 | Stanowisko |
| | 6 | Zakres obowiązków |
| Działalność pozazawodowa | 1 | Nazwa organizacji |
| | 2 | Rodzaj aktywności |
| | 3 | Okres działalności pozazawodowej |
| Szczegóły i rodzaj wsparcia | 1 | Nazwa podmiotu świadczącego usługę/ podmiotu certyfikującego |
| | 2 | Wysokość udzielonego wsparcia |
| | 3 | Wyszczególnione numery usług rozwojowych |
| | 4 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |
| | 5 | Data zakończenia udziału w projekcie |

- 5) dane osobowe przetwarzamy na podstawie:
- art. 6 ust. 1 lit. b RODO (realizacja umowy),
 - art. 6 ust. 1 lit. c RODO (wykonywanie obowiązku prawnego),
 - art. 9 ust.2 lit. g RODO (jest to niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym i na podstawie prawa Unii);
- 6) dopuszcza się możliwość pozyskania od Państwa dodatkowych danych osobowych, na podstawie dobrowolnej i odwoławczej w każdym czasie zgody, w oparciu art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia. Dane te służyć będą Współadministratorom do realizacji celu wyraźnie określonego w treści wyrażonej przez Państwa zgody. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania -



cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano, zanim została cofnięta;

- 7) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi projektu, w szczególności:
 - a) udzielenia wsparcia,
 - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
 - c) monitoringu,
 - d) ewaluacji,
 - e) badań i analiz,
 - f) kontroli,
 - g) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
 - h) sprawozdawczości,
 - i) rozliczenia projektu,
 - j) odzyskiwania wypłaconych operatorowi środków dofinansowania,
 - k) zachowania trwałości projektu,
 - l) archiwizacji;
- 8) Państwa dane osobowe mogą być przekazywane przez nas innym podmiotom w zakresie niezbędnym dla realizacji i rozliczenia Projektu, a także w zakresie w jakim będzie to obowiązkiem prawnym spoczywającym na Współadministratorach. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być w szczególności: Instytucja Pośrednicząca – Wojewódzki Urząd Pracy w Katowicach, ul. Kościuszki 30, Instytucja Zarządzająca RPO WSL, instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa, dostawcy usług pocztowych i kurierskich, dostawcy systemów informatycznych;
- 9) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres trwania procedur związanych z ubieganiem się o dofinansowanie i realizacją usług rozwojowych w ramach Projektu, a w pozostałym niezbędnym zakresie, przez okres wynikający z powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz przez okres do wygaśnięcia lub przedawnienia roszczeń. W przypadku niezaangażowania Państwa do udziału w Projekcie, Państwa dane będą przechowywane przez 5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym zostanie zatwierdzony końcowy wniosek o płatność w ramach projektu, przy czym termin ten może zostać wydłużony o dalszy czas oznaczony w przypadku wszczęcia postępowania administracyjnego lub sądowego dotyczącego wydatków rozliczonych w projekcie albo na należycie uzasadniony wniosek Komisji Europejskiej;
- 10) przysługuje Państwu:
 - a) prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz informacji na temat sposobu ich przetwarzania,
 - b) prawo żądania poprawienia danych,
 - c) prawo żądania usunięcia danych - uwzględniając jednak ograniczenia, o których mowa w art. 17 ust. 3 RODO, nie zawsze będziemy mogli takie żądanie zrealizować,
 - d) prawo ograniczenia przetwarzania danych,
 - e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w sytuacji, w której podstawą przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. e) RODO;
- 11) W ramach umowy o współadministrowanie, razem ze Współadministratorami uzgodniliśmy zakresy swojej odpowiedzialności dotyczącej wypełniania obowiązków wynikających z RODO, w szczególności uzgodniliśmy, że ARR Częstochowa jest odpowiedzialna wobec Państwa za umożliwienie wykonywania swoich praw. Niezależnie od tego ustalenia, mogą Państwo wykonywać swoje prawa również wobec Współadministratora ARP Żory. W takim przypadku każdy z nich przekaze Państwa żądanie ARR Częstochowa, która zrealizuje Państwa żądanie;



- 12) jeśli stwierdzą Państwo, że przetwarzamy Państwa dane osobowe niezgodnie z przepisami, mogą Państwo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych w formie pisemnej na adres ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa lub za pośrednictwem ePUAP;
- 13) podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak jest warunkiem udziału w Projekcie. Odmowa ich podania uniemożliwi taki udział;
- 14) nie będziemy przekazywali Państwa danych osobowych do państw trzecich/organizacji międzynarodowych;
- 15) Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

.....
Data i czytelny podpis

UWAGA:

Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.