



Załącznik nr 1 do Regulaminu realizacji projektu

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

**„Aktywne włączenie to pewne zatrudnienie”
realizowanego w ramach w ramach Programu Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego 2021-2027, Priorytet: VIII Zwiększanie spójności społecznej,
Działanie 8.1 Aktywizacja społeczna i zawodowa**

(godzina, data wpływu i podpis osoby przyjmującej dokumenty)

**FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A ODPOWIEDNIE POLA
ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”**

DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI					
Imię i nazwisko					
PESEL			Data urodzenia		
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	Obywatelstwo		
Telefon			E-mail		
MIEJSCE ZAMIESZKANIA KANDYDATA/KANDYDATKI					
Miejscowość					
Ulica					
Nr domu		Nr lokalu		Kod pocztowy	
Gmina			Powiat		
Województwo					
Kraj					
WYKSZTAŁCENIE KANDYDATA/KANDYDATKI					
Niższe niż podstawowe lub brak (brak formalnego wykształcenia) - ISCED 0			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	





Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) - ISCED 1	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) - ISCED 2	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową) - ISCED 3	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) - ISCED 4	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wyższe (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów licencjackich, magisterskich, doktoranckich) - ISCED 5-8	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI		
Oświadczam, że:		
Zamieszkuję w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie województwa lubelskiego.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą bierną zawodowo. (Należy dołączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS ¹)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jako osoba samotnie gospodarująca ² osiągam miesięcznie dochód:	<input type="checkbox"/> Poniżej 776 ³ zł netto	<input type="checkbox"/> Powyżej 776 zł netto
	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
Jako osoba żyjąca w rodzinie ⁴ osiągam miesięcznie dochód (na 1 członka rodziny):	<input type="checkbox"/> Poniżej 600 zł ⁵ netto	<input type="checkbox"/> Powyżej 600 zł netto
	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	

¹ Zaświadczenie/potwierdzenie obejmuje, np. brak tytułu do odprowadzania składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem lub wykonywaniem innej pracy zarobkowej; o zaświadczenie z ZUS można ubiegać się składając, np. wniosek na druku US-7 lub poprzez Platformę Usług Elektronicznych ZUS. Zaświadczenie uznaje się za ważne przez okres 30 dni od dnia wydania.

² Przez osobę samotnie gospodarującą rozumiemy osobę prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe.

³ Próg dochodowy uprawniający osobę prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe do skorzystania z pomocy społecznej – zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2021 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej.

⁴ Przez rodzinę należy rozumieć osoby spokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.

⁵ Próg dochodowy uprawniający osobę pozostającą w rodzinie do skorzystania z pomocy społecznej – zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2021 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej.



<p>Korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁶. (Należy dołączyć zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o korzystaniu ze świadczeń z pomocy społecznej)</p>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Jestem osobą kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniam, co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</p>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>W tym dotyczą mnie co najmniej dwie spośród wymienionych sytuacji:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ubóstwo • sieroctwo • bezdomność • bezrobocie • niepełnosprawność • długotrwała lub ciężka choroba • przemoc w rodzinie • potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi • potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności • bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (rodziny niepełnej/wielodzietne) • trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali Polsce status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt • trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego • alkoholizm lub narkomania • zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa, • klęska żywiołowa lub ekologiczna 	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

⁶ Zgodnie z art. 7 wymienionej ustawy pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej.





<p>Należę do osób, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj. zaliczam się do przynajmniej jednej kategorii osób spośród wymienionych:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej • uzależnionych od alkoholu • uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających • chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, • długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy • zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej • uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej • osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. 	<p><input type="checkbox"/> TAK</p>	<p><input type="checkbox"/> NIE</p>
---	--	-------------------------------------	-------------------------------------



Przebywam w pieczy zastępczej ⁷ lub opuszczam pieczę zastępczą oraz należę do rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o której mowa w ustawie z dnia 09 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Korzystam z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021–2027 (FE PŻ) ⁸ . <i>(Należy dołączyć zaświadczenie o korzystaniu z FE PŻ)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Opuściłem/Opuściłam placówkę opieki instytucjonalnej ⁹ . <i>(Należy dołączyć kopię wypisu z właściwej placówki)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie ¹⁰ .	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie ostatnich 12 miesięcy. <i>(Należy dołączyć kopię świadectwa zwolnienia z jednostki penitencjarnej)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden członek gospodarstwa nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ¹¹ .	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

⁷ Rodzinna lub instytucjonalna forma opieki sprawowana nad dziećmi w przypadku niemożności zapewnienia im opieki i wychowania przez rodziców.

⁸ Z pomocy żywnościowej mogą skorzystać osoby i rodziny znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej, spełniające kryteria określone w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 poz. 901 i 1693) i których dochód nie przekracza 265% kryterium dochodowego uprawniającego do skorzystania z pomocy społecznej, tj. 2.056,40 PLN dla osoby samotnie gospodarującej i 1.590,00 PLN dla osoby w rodzinie. pomoc mogą uzyskać osoby najbardziej potrzebujące, które otrzymały skierowanie z Ośrodka Pomocy Społecznej.

⁹ W szczególności dotyczy to osób, które opuściły:

- dom pomocy społecznej, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) i zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO), o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.); ZOL i ZPO zapewniają pielęgnację pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale nie są samodzielni ze względu na stan zdrowia. Ośrodki sprawują opiekę medyczną całodobowo. Głównie obejmują opieką pacjentów przewlekle chorych, z niepełnosprawnością lub po ciężkiej chorobie albo zabiegu operacyjnym.

¹⁰ Osoba wykluczona komunikacyjnie to osoba zamieszkująca na obszarach wykluczonych komunikacyjnie. Obszar wykluczony komunikacyjnie to taki, na którym brakuje połączeń komunikacyjnych.

¹¹ Osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.





Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań potrzebującą wsparcia w utrzymaniu mieszkania ¹² .		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	
Jestem osobą z niepełnosprawnością ¹³ : (Należy dołączyć kopię orzeczenia lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	
W tym:	<ul style="list-style-type: none"> osobą o znacznym¹⁴ lub umiarkowanym¹⁵ stopniu niepełnosprawności; 	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	
	<ul style="list-style-type: none"> osobą z niepełnosprawnością sprzężoną¹⁶, osobą z chorobami psychicznymi, osobą z niepełnosprawnością intelektualną¹⁷ i /lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi¹⁸ (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną 	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

¹² Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego oraz ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: 1) Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2) Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3) Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; 4) Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; 5) Osoby niezamieszkuje w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkuje w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.)

¹³ Osoba z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

¹⁴ Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

¹⁵ Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

¹⁶ Niepełnosprawność sprzężona to złożone ograniczenie, które przejawia się przez różne schorzenia jednocześnie oraz występowanie nie mniej niż dwóch niepełnosprawności. Niepełnosprawność dominująca to zaburzenie występujące z większym nasileniem w porównaniu z innymi niepełnosprawnościami współwystępującymi.

¹⁷ Niepełnosprawność intelektualna - Istotne ograniczenie w funkcjonowaniu intelektualnym oraz w zachowaniu adaptacyjnym (w zakresie teoretycznych zdolności/umiejętności dostosowawczych: czytanie, pisanie, liczenie, mówienie, rozumienie; w zakresie społecznych zdolności/umiejętności przystosowawczych: komunikowanie się, kontaktowanie się, przestrzeganie wartości, norm, reguł, zasad, współdziałanie; w zakresie praktycznych zdolności/umiejętności dostosowawczych: niezależność, samodzielność, obsługiwanie się, wykonywanie zadań, zaspokajanie potrzeb), występujące przed 18 rokiem życia.

¹⁸ Całościowe zaburzenia rozwojowe - grupa zaburzeń charakteryzujących się jakościowymi odchyleniami od normy w zakresie interakcji społecznych i wzorców komunikacji oraz ograniczonym i stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności. Te jakościowe nieprawidłowości stanowią podstawową cechę funkcjonowania jednostki we wszystkich sytuacjach, m.in.. autyzm, Zespół Retta, Zespół Aspergera, Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi.



Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10).	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	
Jestem osobą obcego pochodzenia/nie posiadam polskiego obywatelstwa. <i>(Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec, osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	
Jestem osobą z państw trzecich/obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej. <i>(Osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu Konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie. <i>(Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne to: karaimska, łemkowska, romska, tatarska)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	

**SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(jeśli dotyczy)**

TAK

NIE

Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:

Alternatywne formy materiałów szkoleniowych:





Inne, jakie:

OŚWIADCZENIA

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z zasadami udziału w projekcie „**Aktywne włączenie to pewne zatrudnienie**”, nr FELU.08.01-IP.02-0107/23, zawartymi w Regulaminie projektu i akceptuję jego postanowienia.
- Zostałem/am poinformowany/a, że przedmiotowy projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.
- Organizatorem projektu jest Centrum Szkoleń i Innowacji Sp. z o.o.
- Spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie i zgodnie z wymogami Regulaminu projektu jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie dalszego postępowania rekrutacyjnego wobec mojej osoby.
- Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora o wszelkich zmianach danych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
- W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie informuję o tym fakcie Organizatora projektu.
- Zostałem/am poinformowana o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych, dotyczących stanu zdrowia, itp.
- Zostałem/am poinformowana, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z kwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowana o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w formularzu rekrutacyjnym dla celów rekrutacji, zgodnie z 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).
- Zobowiązuję się do dostarczenia Organizatorowi projektu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie (również w przypadku przerwania udziału w projekcie) dokumentów:
 - potwierdzających podjęcie pracy (kopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej) lub dokumenty potwierdzające rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej (np. wyciąg z CEIDG);





- potwierdzających poszukiwanie pracy (np. zaświadczenie o zarejestrowaniu jako bezrobotny w MUP/PUP, zaświadczenie z agencji zatrudnienia o poszukiwaniu pracy);
- potwierdzających poprawę sytuacji społecznej (np. opinii psychologa, pedagoga, pracownika socjalnego, terapeuty; zaświadczenie o podjęciu nauki lub wolontariatu; zaświadczenie o podjęciu lub ukończeniu terapii lub rehabilitacji;
- potwierdzających nabycie kwalifikacji i/lub kompetencji: certyfikaty/zaświadczenia.

Upředzony/a o odpowiedzialności cywilnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis kandydata/kandydatki

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA I INFORMACJE (należy zaznaczyć właściwe)

Ponadto, ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- obecnie:

NIE OTRZYMUJĘ

OTRZYMUJĘ

wsparcia/wsparcie w innym projekcie dofinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, a w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie „**Aktywne włączenie to pewne zatrudnienie**”, nr projektu **FELU.08.01-IP.02-0107/23**, a podczas udziału w tym projekcie, nie będę ubiegał się/ubiegała się o wsparcie w innym projekcie dofinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus:

- jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad dzieckiem/osobą zależną¹⁹, w tym osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z członków gospodarstwa domowego nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem/osobą zależną, w tym osobą z niepełnosprawnością:

TAK

NIE

Upředzony/a o odpowiedzialności cywilnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis kandydata/kandydatki

WYPEŁNIENIE OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

¹⁹ Osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostająca z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.



Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) informujemy, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Centrum Szkoleń i Innowacji Sp. z o.o. z siedzibą w Lublinie, Al. Raławickie 8, lok. 18A, 20-037 Lublin, wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód pod nr 0000654055, REGON: 366134837, NIP: 7123325938.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych można kontaktować się z Centrum Szkoleń i Innowacji Sp. z o.o. z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: daneosobowe@csi.info.pl.
3. Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie udzielonej zgody.
4. Pana/Pani dane osobowe są przetwarzane w celu rekrutacji i są przetwarzane wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia. Dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia w roku, w którym dokonano ostatniej wypłaty dofinansowania w ramach projektu, do którego realizowana jest rekrutacja dotycząca Pana/Pani osoby. Administrator poinformuje o dacie rozpoczęcia okresu, o którym mowa w zdaniu pierwszym na swojej stronie internetowej www.csi.lublin.pl.
6. Odbiorcami Pana/Pani danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
7. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
9. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do: - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Potwierdzam odbiór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis kandydata/kandydatki

OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z OKAZANYM DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI





Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubelskie
Smakuj życie!

Podpis osoby reprezentującej **Organizatora projektu**:.....

