

FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROJEKCIE „Usługi opiekuńcze w Mońkach”

Informacje wypełniane przez Beneficjenta		
Data przyjęcia formularza		
Podpis osoby przyjmującej		
DANE UCZESTNIKA		
Dane uczestnika	Imię/Imiona:	
	Nazwisko:	
	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
	PESEL:	
	wykształcenie	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
Miejsce zamieszkania na terenie gminy Mońki zgodne (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu): <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Dane kontaktowe	Ulica:	
	Nr domu:	
	Nr lokalu.....	
	Miejscowość.....	
	Kod pocztowy.....	
	Powiat.....	
	Województwo.....	
	<input type="checkbox"/> Obszar miejski	<input type="checkbox"/> Obszar wiejski
	Telefon kontaktowy.....	
	Adres poczty e-mail.....	

<p>Status osoby na rynku pracy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba pracująca <input type="checkbox"/> inne (emeryt, rencista)
<p>Korzystanie z pomocy społecznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Korzystanie ze wsparcia PO Pomoc Żywnościowa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Powód przystąpienia do projektu</p>	<p>Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba niesamodzielna (osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego) <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością sprzężoną <input type="checkbox"/> osoba z zaburzeniami psychicznymi <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością intelektualną <input type="checkbox"/> osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
<p>Dochód poniżej 150% kryterium dochodowego tj:</p>	<p>Osoba samotnie gospodarująca: 951,00 zł</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <p>Osoba gospodarująca w rodzinie: 771,00 zł</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Doświadczanie wielokrotnego wykluczenia społecznego</p>	<p>Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego czyli wykluczenia z powodu więcej niż jeden z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym* z powodu (zaznaczyć właściwe)**:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba korzystająca lub będąca członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, szczególnie z powodu bezrobocia i ubóstwa <input type="checkbox"/> osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; <input type="checkbox"/> osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o

	<p>których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014 r. poz. 382); <input type="checkbox"/> osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, których mowa w ustawie z 07.09.1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r. nr 256, poz.2572 z późn. zm.); <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> członek rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; <input type="checkbox"/> osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.); <input type="checkbox"/> osoba niesamodzielna; <input type="checkbox"/> osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; <input type="checkbox"/> osoba korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.
<p>Jestem osobą?</p>	<p>a) należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <p>b) bezdomną lub dotkniętą wyklucz. z dostępu do mieszkań</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <p>c) osobą z niepełnosprawnościami</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <p>f) jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż w/w. jakiej?.....)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Oświadczam, iż:

- Oświadczam**, że zgłaszam chęć udziału w projekcie „Usługi opiekuńcze w Mońkach” organizowanym przez Fundację Dialog oraz Gminę Mońki/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mońkach.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji** zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29 sierpnia 1997r. (Dz. U. z 2016r. poz. 922 z późn. zm.).



3. **Oświadczam**, że zostałem/am poinformowany/a o przyjętych kryteriach kwalifikacyjnych do udziału w projekcie pt. „Usługi opiekuńcze w Mońkach” realizowanym przez Fundację Dialog oraz Gminę Mońki/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mońkach współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa IX. ROZWÓJ LOKALNY, Działanie 9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego i wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. **Oświadczam**, że zamieszkuję na terenie gminy Mońki.
5. **Oświadczam**, że zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu, w tym również po zakończeniu projektu.
6. **Oświadczam**, że w ciągu do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie prześlę informację dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informację nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. **Oświadczam**, że w ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy.
8. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie „Usługi opiekuńcze w Mońkach” zobowiązuję się do dostarczenia wszelkich dokumentów potwierdzających dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym.
9. *Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne z prawdą.*

....., dnia

.....
/podpis kandydata/ opiekuna prawnego/ opiekuna faktycznego/

Oświadczenie o zapoznaniu się z regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko), zam.....
oświadczam, że zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „**Usługi opiekuńcze w Mońkach**” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa IX. ROZWÓJ LOKALNY, Działanie 9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego.

.....
data, podpis uczestnika/opiekuna prawnego/ opiekuna faktycznego



Fundacja DIALOG



GMINA
MOŃKI



Oświadczenie o spełnianiu warunków kwalifikowalności do udziału w projekcie

.....
imię i nazwisko

oświadczam, że jestem/jest osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zamieszkująca na terenie gminy Mońki oraz jestem/jest:

- osobą z niepełnosprawnością, w tym:
 - osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
 - osoba z niepełnosprawnością sprzężoną
 - osoba z zaburzeniami psychicznymi
 - osoba z niepełnosprawnością intelektualną
 - osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
- osobą niesamodzielną (*ze względu na podeszły wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność wymagam opieki lub pomocy w zaspakajaniu niezbędnych potrzeb życiowych*)

.....
data, podpis uczestnika/opiekuna prawnego/ opiekuna faktycznego

*Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 KK





Oświadczenie o korzystaniu z POPŻ

.....
imię i nazwisko uczestnika projektu

oświadczam, że korzystam/a /nie korzystam/a¹ z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa*.

.....
data, podpis uczestnika/opiekuna prawnego/ opiekuna faktycznego

Oświadczenie o niepełnosprawności

.....
imię i nazwisko uczestnika projektu

oświadczam, że jestem/jest osobą niepełnosprawną na podstawie orzeczenia*

.....
(nazwa organu wydającego orzeczenie, okres obowiązywania orzeczenia).

.....
data, podpis uczestnika/opiekuna prawnego/ opiekuna faktycznego

Do oświadczenia należy załączyć orzeczenie/zaświadczenie/opinię lekarza.

Oświadczenie o miejscu zamieszkania

.....
imię i nazwisko uczestnika projektu

oświadczam, że zamieszkuje na terenie gminy Mońki.*

.....
data, podpis uczestnika/opiekuna prawnego/ opiekuna faktycznego

*Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 KK

¹ Niewłaściwe skreślić



Oświadczenie o doświadczaniu wielokrotnego wykluczenia społecznego

.....
imię i nazwisko uczestnika projektu

oświadczam, że jestem/jest osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego czyli wykluczenia z powodu więcej niż jeden z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym* z powodu (zaznaczyć właściwe)**:

- osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, szczególnie z powodu bezrobocia i ubóstwa

tak nie

- osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014 r. poz. 382);
- osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, których mowa w ustawie z 07.09.1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r. nr 256, poz.2572 z późn. zm.);
- osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w roz.ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego(Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.);
- członkiem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
- osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);
- osobą niesamodzielną;
- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

.....
data, podpis uczestnika/opiekuna prawnego/ opiekuna faktycznego

* Wytocznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014 – 2020 (rozdział 3 pkt 13)

** Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 KK



Mońki, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

DEKLARACJA

udziału w projekcie „Usługi opiekuńcze w Mońkach”

realizowanego przez Fundację Dialog oraz Gminę Mońki/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mońkach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020,

Oś priorytetowa IX. ROZWÓJ LOKALNY,

Działanie 9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego

.....
imię i nazwisko uczestnika projektu

deklaruje udział w projekcie pt. „Usługi opiekuńcze w Mońkach”

Oświadczam, że:

1. Zostałem(am) poinformowany(a) o współfinansowaniu Projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020
2. Będę dobrowolnie i systematycznie uczestniczył(a) w działaniach realizowanych w ramach Projektu.
3. Nie korzystam i nie będę korzystał(a) z tego samego typu wsparcia w innych działaniach i Priorytetach RPO WP w okresie mojego udziału w Projekcie „Usługi opiekuńcze w Mońkach”
4. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych przeprowadzanych w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
5. **Zobowiązuję się do:**

informowania pracownika merytorycznego projektu pt. „Usługi opiekuńcze w Mońkach”

- a) o wszelkich zmianach dotyczących moich danych osobowych,
- b) podpisywania list obecności/kart usługi opiekuńczej/indywidualnych kart wsparcia
- c) wypełniania testów, ankiet i udzielania informacji, w jaki sposób formy wsparcia do projektu przyczyniły się do podniesienia poziomu wiedzy, samooceny, motywacji do rozwoju zmniejszenia poczucia izolacji i niezaradności, poprawę relacji wewn. rodzin ich funkcjonowania i komunikacji, poprawa/odbudowa relacji z otoczeniem (zarówno w trakcie ich trwania jak i po ich zakończeniu).

Dane zawarte w oświadczeniu zgodne są ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.

.....
data, podpis uczestnika/opiekuna prawnego/ opiekuna faktycznego



Fundacja DIALOG



GMINA
MOŃKI



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. „Usługi Opiekuńcze w Mońkach” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do czynności przetwarzania/procesów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 jest Województwo Podlaskie reprezentowane przez Marszałka oraz Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl). Natomiast w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych administratorem jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, tel.: +48 (22) 25 00 130, e-mail: kancelaria@mfi.gov.pl);
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych (e-mail: iod@mfi.gov.pl i iod@wrotapodlasia.pl);
- 3) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze 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 (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów *ustawy wdrożeniowej* – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (RPOWP 2014-2020),
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej/Instytucji Pośredniczącej - Zarząd Województwa Podlaskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, beneficjentowi realizującemu projekt – Fundacji Dialog, ul. Ks. Abramowicza 1, 15-872 Białystok, realizatorowi projektu – Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mońkach, ul. Wyzwolenia 12, 19-100 Mońki oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPOWP na lata 2014-2020;
- 6) podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt 4, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
- 7) kategoriami odbiorców danych są: Instytucje pośredniczące we wdrażaniu RPOWP na lata 2014-2020 oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi oraz podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji;



- 8) moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji RPOWP 2014-2020 oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
- 9) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
- 10) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
- 12) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020**.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU*/OPIEKUNA PRWNEGO*

** Dotyczy uczestnika projektu.

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

