



DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU „Centrum Reintegracji Rodziny”

Prosimy o czytelne wypełnienie (DRUKOWANYMI LITERAMI) lub wstawić „X” w białych, pustych polach)

I DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU

IMIĘ (IMIONA)											
NAZWISKO											
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna										
DATA I MIEJSCE URODZENIA											
PESEL											
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)										
Miejsce zamieszkania <i>(zgodnie z Kodeksem Cywilnym – to miejscowość, w której osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu)</i>											
Województwo						Powiat					
Miejscowość						Ulica					
Nr domu						Nr lokalu					
Kod pocztowy						Gmina					
Adres do korespondencji	<input type="checkbox"/> taki sam jak adres zamieszkania										
Telefon kontaktowy	<input type="checkbox"/> nie posiadam										
Adres e-mail	<input type="checkbox"/> nie posiadam										

*Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są prawdziwe, zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
Zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianie moich danych teleadresowych.*

Miejscowość, data	Czytelny podpis rodzica/opiekuna dziecka

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Projekt pt.: „Centrum Reintegracji Rodziny” nr. RPPD.07.02.02.-20-0013/20 jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020



Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Miejsce pracy (pełna nazwa, adres)		
Stanowisko		

*Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są prawdziwe, zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
Zostałam/em pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

Miejscowość, data	Czytelny podpis rodzica/opiekuna

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn.: „**Centrum Reintegracji Rodziny**” nr. **RPPD.07.02.02.-20-0013/20** który jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

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 Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, tel.: +48 (22) 25 00 130, e-mail: kancelaria@miir.gov.pl);
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych (e-mail: iod@miir.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. A. Abramowicza 1, 15-872 Białystok, Partnerom projektu: Fundacji Wspierania Rodziny „Korale” ul. Kompanii Kordian 10a, 02-495 Warszawa, Fundacja Wspierania Rodziny i Społeczeństwa ISKRA ul. Jurowiecka 21 lok 7 15-101 Białystok** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. 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



Powierającego, 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, data	Czytelny podpis rodzica/opiekuna dziecka

** Dotyczy uczestnika projektu.



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Centrum Reintegracji Rodziny”

Ja, niżej podpisana/ny.....
(imię i nazwisko)

deklaruję udział w Projekcie „Centrum Reintegracji Rodziny ” (zw. dalej: projekt „CRR”) realizowanym przez **Fundację DIALOG** z siedzibą w Białymstoku, przy ul. Ks. Adama Abramowicza 1, 15-872 Białystok w partnerstwie z **Fundacją Wspierania Rodziny KORALE z siedzibą w Warszawie ul. Kompanii Kordian 10a, 02-495 Warszawa, Fundacja Wspierania Rodziny i Społeczeństwa ISKRA ul. Jurowiecka 21 lok 7 15-101 Białystok** w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VII. Poprawa Spójności Społecznej, Działanie 7.2 Rozwój usług społecznych, Poddziałanie Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

1. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie "CRR"
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie "CRR" i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień oraz systematycznego udziału w formach wsparcia, do których zostanę zakwalifikowana/y.
3. Oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt „CRR” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. **Oświadczam, że jednocześnie nie korzystam z takich samych form wsparcia w ramach projektów realizowanych w Działaniu 7.2 RPOWP.**
6. Oświadczam, iż nie posiadam szczególnych preferencji żywieniowych. W przypadku ich posiadania zobowiązuję się poinformować o tym organizatora.
7. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności społeczno-zatrudnieniowej.

Miejscowość, data	Czytelny podpis rodzica/opiekuna dziecka

Wyrażam /nie wyrażam zgody na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/wypowiedzi przez Fundację Dialog, Fundację Wspierania Rodzin KORALE, Fundację Wspierania Rodziny i Społeczeństwa ISKRA dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją Projektu „Centrum Reintegracji Rodziny” na stronie internetowej projektu oraz w materiałach promocyjnych.

Miejscowość, data	Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki projektu