

**Załącznik nr 1 FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

Nazwa projektodawcy:	GMINA SĘPÓLNO KRAJEŃSKIE/CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W SĘPÓLNIE KRAJEŃSKIM
Tytuł projektu:	CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE SĘPÓLNO KRAJEŃSKIE

DANE OSOBOWE			
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec		
Imię/imiona			
Nazwisko			
PESEL			
	zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL		
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	<input type="checkbox"/> ISCED 5-8 (Wyższe) <input type="checkbox"/> ISCED 3-4 (Ponadgimnazjalne: liceum, technikum, szkoła zawodowa Policealne) <input type="checkbox"/> ISCED 0 -2 Brak , Podstawowe Gimnazjalne		
ADRES ZAMIESZKANIA¹			
Województwo	Kujawsko - pomorskie	Powiat	Sępoleński
Gmina	Sępólno Krajeńskie	Miejscowość	
Kod pocztowy		Ulica	
Numer domu		Numer lokalu	
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	
DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (jeśli dotyczy)			
Imię/imiona			
Nazwisko			
Adres zamieszkania			
Nr telefonu		Adres e-mail	

STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

¹ Miejszem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)	<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
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/ odbywając a kształcenie
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba pracująca: <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> na uczelni <input type="checkbox"/> w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukaszewicz <input type="checkbox"/> w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
Wykonywany zawód	
Nazwa i adres zakładu pracy	

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/a

-
- **deklaruję gotowość do uczestnictwa projekcie „CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE SĘPÓLNO KRAJEŃSKIE”** realizowanym przez Gminę Sępólno Krajeńskie/Centrum Usług Społecznych w Sępólnie Krajeńskim w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
 - Oświadczam, iż wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w ramach materiałów promujących projekt w tym np. zdjęć ze spotkań.
 - Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, **a dane przedstawione przeze mnie w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszej deklaracji.**
 - Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych.
 - W przypadku zmiany danych teleadresowych niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Centrum Usług Społecznych w Sępólnie Krajeńskim.
 - W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
 - Zostałem/am poinformowany/a, o możliwości zgłaszania podejrzenia o niezgodności projektu lub działań Centrum Usług Społecznych w Sępólnie Krajeńskim z Kartą praw podstawowych oraz Konwencji o osobach niepełnosprawnych do Instytucji zarządzającej.

Upředzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie są zgodne z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, s. 1); - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest Gmina Sępólno Krajeńskie - Centrum Usług Społecznych w Sępólnie Krajeńskim (adres: ul. Szkolna 8, 89-400 Sępólno Krajeńskie, mail: cus@cus-sepolno.pl, telefon kontaktowy: 52 388 84 50).
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: malgorzata.kollas@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpoznania Państwa zgłoszenia oraz ewentualnie późniejszej realizacji świadczenia usług gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (t. j. Dz. U. z 2022 r., poz.1079), a także gdyż przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO) w zw. z projektami realizowanymi przez Administratora w ramach Umowy nr UM_WR.433.3.016.2024 o dofinansowanie projektu „Centrum Usług Społecznych w Gminie Sępólno Krajeńskie” nr FEKP.08.24-IZ.00-0003/23 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i wyłączenia społecznego, Działania 08.24 Usługi społeczne i zdrowotne, Celu szczegółowego 4k zwiększenie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027 (dalej: FEKP).
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. do czasu zakończenia rozliczenia programu FEKP.
- 5) Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.



- 6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
- 9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych tj. m.in. usługodawcom wykonujących usługi serwisu systemów informatycznych oraz usługodawcom z zakresu księgowości lub doradztwa prawnego, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa lub wynikającym z Umowy, o której mowa w pkt 3 – tj. podmioty prowadzące badania ewaluacyjne oraz pozostałych administratorów danych uczestniczących we wdrażaniu FEdKP, w tym Realizatorowi 1 - Stowarzyszeniu Dorośli-Dzieciom Instytucji zarządzającej (Województwo Kujawsko-Pomorskie) lub Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa (ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego).

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU