Projekt ,, Integracja – Edukacja - Sukces”

**PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ UNIĘ EUROPEJSKĄ W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO 2014-2020 EUROPEJSKI FUNDUSZ SPOŁECZNY**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**,,Integracja – Edukacja - Sukces’’**

Prosimy o czytelne wypełnienie DEKLARACJI uczestnictwa w projekcie.

**1. DANE PODSTAWOWE**

Imię i nazwisko:

Płeć: □ K □ M

Wiek w chwili przystępowania do projektu (na dzień wypełnienia deklaracji w projekcie):…………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

Data i miejsce urodzenia:……………………………………………

Kraj:…………………………………………………………………………….

**2. WYKSZTAŁCENIE (zaznaczyć właściwe)**

□ niższe niż podstawowe (nie ukończona szkoła podstawowa)

□ podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)

□ gimnazjalne (ukończona szkoła gimnazjalna)

□ ponagdimnazjalne (ukończona szkoła średnia)

□ policelane (wykształcenie powyżej szkoły średniej nie będącej wykształceniem wyższym)

□ wyższe (ukończona szkoła wyższa, licencjat lub magister)

**3. DANE ADRESOWE**

ulica ………………………………………………..………

nr domu/lokalu………………………………………..

miejscowość…………………………………..………..

kod pocztowy……………………………………………

gmina…………………………………..…………….…….

powiat……………………………………………………….

województwo……………………………………….……

**4. DANE KONTAKTOWE**

Tel. stacjonarny……………………….………………… adres korespondencyjny (jeżeli inny niż w pkt.2)

Tel. komórkowy……………….………………………… ……………………………………………………………………….

Adres email……………………………………………….. ………………………………………………………………........

**5. STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY (zaznaczyć właściwe)**

**1. □ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:**

□ długotrwale bezrobotna ( osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.)

□ inne

**2. □ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:**

□ długotrwale bezrobotna ( osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.)

□ inne

**3. □ osoba bierna zawodowo w tym:**

□ inne

□ osoba ucząca się

□ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu

**4. □ osoba pracująca w tym:**

□ osoba pracująca w administracji rządowej

□ osoba pracująca w administracji samorządowej

□ inne

□ osoba pracująca w MMŚP

□ osoba pracująca w organizacji pozarządowej

□ osoba prowadząca działalność na własny rachunek

□ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

Wykonywany zawód:

□ inny

□ nauczyciel kształcenia ogólnego

□ nauczyciel wychowania przedszkolnego

□ nauczyciel kształcenia zawodowego

□ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia

□ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej

□ pracownik instytucji rynku pracy

□ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego

□ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej

□ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej

□ pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej

□ rolnik

Zatrudniony/zatrudniona w …………………………………………………………………………………………………..

(nazwa i adres)

**6. ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznaczyć właściwe)**

TAK NIE

Stopień niepełnosprawności:

LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY

Rodzaj niepełnosprawności:

INTELEKTUALNA FIZYCZNA

**7. RODZAJ UDZIELONEGO WSPRACIA (zaznaczyć właściwe)**

**□ bon w tym:**

□ inne

□ na zasiedlenie

□ stażowy

□ szkoleniowy

□ zatrudnieniowy

**□ dodatek relokacyjny**

**□ doradztwo w tym:**

□ edukacyjne/zawodowe

□ inne

□ doradztwo/pomoc prawna

□ doradztwo/ poradnictwo zawodowe

□ doradztwo psychologiczne

**□ doskonalenie zawodowe**

**□ dotacja na rozpoczęcie działalności gospodarczej**

**□ grant na telepracę**

**□ inne**

**□ instrument finansowy w tym:**

□ gwarancja

□ inny instrument finansowy

□ pożyczka

**□ studia/kształcenie podyplomowe**

**□ opieka nad dzieckiem do lat 3/refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 lub inną osobą zależną**

□ **pośrednictwo pracy**

**□ prace interwencyjne**

**□ program mobilności międzynarodowej w tym:**

□ inne

□ job shadowing

□ udział w międzynarodowych konkursach i zawodach

□ staż/praktyka w placówce kształcenia lub szkolenia zawodowego

□ program stypendialny

□ szkolenie zagraniczne

□ staż/praktyka w zagranicznym przedsiębiorstwie

□ prowadzenie zajęć w zagranicznej placówce oświatowej

□ studia w zagranicznej uczelni

□ wizyta studyjna

**□ program outplacementowy w tym:**

□ dodatek rekolekcyjny

□ doradztwo zawodowe

□ dotacja na rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej

□ inne

□ pośrednictwo pracy

□ staż/praktyka

□ poradnictwo psychologiczne

□ studia/ kształcenie podyplomowe

□ subsydiowane zatrudnienie

□ szkolenie/kurs

**□ program zdrowotny**

□ **przygotowanie zawodowe dorosłych**

□ **staż/praktyka w tym:**

□ dla doktoranta

□ inne

□ dla ucznia innej placówki prowadzącej kształcenie zawodowe

□ dla ucznia szkoły ogólnoksztalcącej

□ dla osoby bezrobotnej

□ dla studenta

□ dla ucznia szkoły policealnej

□ dla ucznia szkół specjalnych przysposabiających zawodowo

□ dla ucznia technikum

□ dla ucznia szkoły zawodowej

**□ studia doktoranckie**

**□ studia licencjackie/magisterskie**

**8. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (zaznaczyć właściwe)**

**□ Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**

□ Nie

□ Odmowa podania informacji

□ Tak

**□ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**

□ Nie

□ Tak

**□ Osoba z niepełnosprawnościami**

□ Nie

□ Odmowa podania informacji

□ Tak

**□ Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących**

□ Nie

□ Tak

w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

□ tak

□ nie

**□ Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu**

**□ Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**

□ Nie

□ Odmowa podania informacji

□ Tak

**9. DATA ROZPOCZĘCIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Data ………………………………………………………………………………………………..

**10. DATA ZAKOŃCZENIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Data ………………………………………………………………………………………………..

Miejscowość ………………………………., dnia ………………………………… ………………………………………………

(czytelny podpis uczestnika)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. ,,Integracja – Edukacja - Sukces’’ oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
  2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
  3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu ,,Integracja – Edukacja - Sukces ’’., ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu;
  4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Stowarzyszenie ,, Nadzieja Rodzinie ‘’ ul. Karczówkowska 36, 25 – 711 Kielce oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Chmielnickie Centrum Kultury, ul. Starobuska 10, 26 – 020 Chmielnik. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPO WŚ;
  5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
  6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………………………….*  *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *……………………………………………………………………………………..*  *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU/OPIEKUNA[[1]](#footnote-1)\** |

1. **\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.** [↑](#footnote-ref-1)