

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Lp.	Nazwa	
1.	Tytuł projektu	Mobilnie i funkcjonalnie
2.	Nazwa Programu Operacyjnego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020
3.	Priorytet	10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian
4.	Działanie	10.4 Programy typu outplacement w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Lubelskiego Obszaru Funkcjonalnego

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ CZYTELNI DRUKOWANYMI LITERAMI

Lp.	Dane osoby zgłaszającej swój udział w Projekcie			
1	Imię:			
2	Nazwisko:			
3	Płeć (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna			
4	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:			
5	PESEL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MIEJSCE ZAMIESZKANIA				
6	Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.			
Obszar zamieszkania gminy:				
Głusk <input type="checkbox"/>		Jabłonna <input type="checkbox"/>		
Jastków <input type="checkbox"/>		Konopnica <input type="checkbox"/>		
Lubartów <input type="checkbox"/>		Lubartów (miasto) <input type="checkbox"/>		
Lublin <input type="checkbox"/>		Mełgiew <input type="checkbox"/>		
Nałęczów <input type="checkbox"/>		Niedzwica Duża <input type="checkbox"/>		
Niemce <input type="checkbox"/>		Piaski <input type="checkbox"/>		
Spiczyn <input type="checkbox"/>		Strzyżewice <input type="checkbox"/>		
Świdnik <input type="checkbox"/>		Wólka <input type="checkbox"/>		
Ulica				
Nr domu		Nr lokalu		
Kod pocztowy		Miejscowość		
Gmina		Powiat		
Województwo				
Telefon kontaktowy		Adres e-mail		

7	Wykształcenie (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi):		
<input type="checkbox"/> Brak - brak formalnego wykształcenia- ISCED 0 <input type="checkbox"/> Podstawowe - kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej - ISCED 1 <input type="checkbox"/> Gimnazjalne - kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej - ISCED 2 <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne - kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej – ISCED 3 <input type="checkbox"/> Policealne - kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym - ISCED 4 <input type="checkbox"/> Wyższe - kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich - ISCED 5 -8			
8	STATUS NA RYNKU PRACY (proszę uzupełnić wszystkie pola)		
Oświadczam, że jestem osobą:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> Zwolnioną z zakładu pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie do 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do Projektu			
W tym:			
<input type="checkbox"/> bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy (należy dołączyć zaświadczenie z PUP)			
<input type="checkbox"/> bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy- nie pracuję i nie jestem zarejestrowany(a) w urzędzie pracy, ale poszukuję pracy i jestem gotowy(a) do jej podjęcia			
<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotną*			
*osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).			
Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo. Za osobę bierną zawodowo rozumie się osobę, która w danej chwili nie tworzy zasobów sił roboczych (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna).			
Oświadczam, że jestem osobą przewidzianą do zwolnienia¹ z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy²		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem zagrożoną zwolnieniem³ z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy⁴		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

¹ Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze przystosowania przedsiębiorców i pracowników do zmian na lata 2014-2020 pracownik/czka przewidziany/a do zwolnienia to pracownik/czka, który/a znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracownika/czki lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samo zatrudnioną.

² Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników/czek albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych



<p>Pracownik/czka zatrudniony/a u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika/czki do Projektu dokonał/a rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników/czek, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami/czkami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników/czek (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników/czek albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.</p> <p>Należy dołączyć Zaświadczenie o statusie pracownika/-cy zagrożonego/nej, przewidzianego/nej do zwolnienia lub zwolnionego z przyczyn dot. zakładu pracy w okresie do 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do Projektu lub świadectwo pracy lub zaświadczenie z PUP/MUP lub kopię wypowiedzenia umowy o pracę</p>		
<p>Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną (W przypadku odpowiedzi „tak” należy załączyć orzeczenie o niepełnosprawności).</p> <p>Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</p> <p>Jeżeli zaznaczono odpowiedź Tak, proszę wskazać specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności w ramach mechanizmu racjonalnych usprawnień:</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
9 STATUS KANDYDATA/KI W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU (proszę uzupełnić wszystkie pola)		
Jestem imigrantem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

³ Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze przystosowania przedsiębiorców i pracowników/czek do zmian na lata 2014-2020 pracownik/czka zagrożony/a zwolnieniem to pracownik/czka zatrudniony/a u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika/czki do Projektu dokonał/a rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników/czek, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami/czkami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników/czek (Dz. U. z 2016 r. poz. 1474, z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666 z późn. zm.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników/czek - albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych. Pracownik/czka ten/ta nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.

⁴ Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks Pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników/czek albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

<p>Za imigranta uznaje się osobę nieposiadającą polskiego obywatelstwa, przybyłą lub zamierzającą przybyć do Polski w celu osiedlenia się (zamieszkania na stałe) lub na pobyt czasowy i zamierzającą wykonywać lub wykonującą pracę na terytorium Polski.</p>		
<p>Jestem reemigrantem Za reemigranta uznaje się obywatela Polski, który przebywał za granicą Polski przez nieprzerwany okres co najmniej 6 miesięcy, który zamierza powrócić do Polski lub który przebywa na terenie Polski nie dłużej niż 6 miesięcy przed przystąpieniem do projektu i deklaruje chęć podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej na terenie Polski. Do tej grupy zaliczani są również repatrianci.</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością Za osobą z niepełnosprawnością uznaje się osobę w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osobę z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.) (należy dołączyć orzeczenie lub opinię wystawioną przez lekarza)</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Jestem osobą bezdomną lub jestem dotknięta/y wykluczeniem z dostępu do mieszkań 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: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitala, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do na mieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWIAM PODANIA INFORMACJI
<p>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, np. zagrożenie wykluczeniem społecznym; posiadanie wykształcenia poniżej podstawowego; zamieszkiwanie na obszarze wiejskim; byłem/am więźniem, narkomanem itp</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWIAM PODANIA INFORMACJI
<p>Określenie potrzeb wsparcia</p>		
<p>Proszę o wskazanie jednego ze szkoleń, którym jest Pan/Pani zainteresowany/na najbardziej:</p> <p><input type="checkbox"/> kurs prawo jazdy kategorii C, C + E + kurs kwalifikacji wstępnej przyspieszonej</p> <p><input type="checkbox"/> kurs prawo jazdy kategorii D + kurs kwalifikacji wstępnej przyspieszonej</p> <p><input type="checkbox"/> szkolenie dodatkowe KURS PRZEWÓZ MATERIAŁÓW NIEBEZPIECZNYCH (ADR) Poziom Podstawowy i Specjalistyczny dla chętnych 15 osób</p> <p>Ostateczny wybór szkolenia nastąpi na podstawie opinii doradcy zawodowego określającej</p>		

predyspozycje danej osoby do wykonywania danego zawodu zdiagnozowane podczas wsparcia identyfikacyjno – doradczego.

DANE DODATKOWE DLA OSÓB ZAGROŻONYCH LUB PRZEWIDZIANYCH DO ZWOLNIENIA

Zatrudniony na podstawie (zaznaczyć właściwe poprzez postawienie znaku x):

umowy o pracę	<input type="checkbox"/>	umowy zlecenia	<input type="checkbox"/>
powołania wyboru	<input type="checkbox"/>	umowy o dzieło mianowania	<input type="checkbox"/>
spółdzielczej umowy o pracę	<input type="checkbox"/>		
Nazwa zakładu pracy/institucji			
Adres zakładu pracy/institucji			
Stanowisko			
Dni i godziny pracy			
Data końca umowy			
Rodzaj przedsiębiorstwa	Rolnik	<input type="checkbox"/>	
	Samozatrudniony	<input type="checkbox"/>	
	Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>	
	Zatrudniony w małym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>	
	Zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>	
	Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>	
	Zatrudniony w administracji publicznej	<input type="checkbox"/>	
	Zatrudniony w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/>	

1. Dobrowolnie deklaruję udział w projekcie ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Województwa lubelskiego na lata 2014-2020, pt. „Mobilnie i funkcjonalnie”.

2. Oświadczam, że:

- Zapoznałem/łam się z Regulaminem Projektu, zasadami udziału w w/w Projekcie i wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim,



- Zgodnie z wymogami jestem uprawniony/na do uczestnictwa w Projekcie,
- Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz w ramach współfinansowania krajowego z budżetu państwa,
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjno - doradczym mającym określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie,
- Nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności,
- Zostałem/łam poinformowany/na o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych tj. np. danych rasowych, etnicznych, dotyczących stanu zdrowia,
- Zostałem/łam poinformowany/na, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie,
- Mam świadomość, że szkolenie może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.
- Zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie, niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora projektu,
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu dokumentów od pracodawcy potwierdzających zatrudnienie pracy w trakcie uczestnictwa w Projekcie oraz przekazywania list obecności podczas stażu,
- Zobowiązuje się do przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. statusu na rynku pracy, udziału w kształceniu lub szkoleniu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowany/na o obowiązku dostarczenia Organizatorowi Projektu dokumentów potwierdzających zatrudnienie (kopia umowy o pracę, kopia umowy cywilno-prawnej, zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu, dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zaświadczenie wydane przez ZUS/US lub wpis do CEIDG lub KRS oraz dokument potwierdzający prowadzenie działalności gospodarczej) do 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie (również w przypadku przerwania udziału w Proj.), o ile podejmę zatrudnienie,
- Zostałem/am poinformowany/na o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych.

3. Oświadczam, że nie prowadzę działalności gospodarczej.

4. Świadomy/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane oraz oświadczenia zawarte w złożonych przeze mnie dokumentach rekrutacyjnych są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/tki do Projektu

WYPEŁNIA ORGANIZATOR:
Załączniki:
<input type="checkbox"/> Oświadczenie Uczestnika/czki Projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
<input type="checkbox"/> Oświadczenie Uczestnika/czki Projektu o przynależności do grupy docelowej
<input type="checkbox"/> Deklaracja uczestnictwa w Projekcie z obecnym statusem na rynku pracy
<input type="checkbox"/> Oświadczenie Uczestnika/czki Projektu o sytuacji na rynku pracy po zakończeniu udziału w Projekcie
<input type="checkbox"/> Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)
<input type="checkbox"/> Ankieta potrzeb związana z niepełnosprawnością (jeśli dotyczy)
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie pracodawcy dla osób pracujących lub osób zwolnionych

Załącznik 1

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,
2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

I. W związku z przystąpieniem do projektu pn. Mobilnie i funkcjonalnie oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
 - a. Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1.
 - b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.
- 2) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - a. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r., poz. 1431),
 - d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
 - a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
 - b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.
- 4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:

- a. Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin,
 - b. Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt – Kamea Paweł Kozarzewski ul. Zana 13/29, 20-601 Lublin i Advance Ewelina Podziomek oś. Leśne 15B/78, 62-028 Koziegłowy
 - c. podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.
Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.
- 5) Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).
 - 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
 - 7) W terminie do 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.
 - 8) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.⁵
 - 9) Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
 - 10) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 - 11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: ul. Grottgera 4, 20-029 Lublin.
 - 12) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 - 13) Mam prawo dostępu do treści swoich danych.
 - 14) Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.
 - 15) Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.
 - 16) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 - 17) Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- II. Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych:**
1. W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnego danych w zakresie określonym w załączniku nr 13 do *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
 2. Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie:
 - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

⁵ Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.



- b. Osoba z niepełnosprawnościami
 - c. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
3. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

III. Oświadczenie dotyczące szczególnych kategorii danych osobowych: (należy zaznaczyć właściwe pole w ramach każdego punktu)

1) Czy należysz do mniejszości narodowej lub etnicznej, jesteś migrantem lub osobą obcego pochodzenia?

Tak

Nie

Odmawiam podania informacji

2) Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?

Tak

Nie

Odmawiam podania informacji

3) Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione powyżej w punktach 1 i 2 (może to być np. bezdomność, wykluczenie z dostępu do mieszkań, pochodzenie z obszarów wiejskich, wykształcenie poniżej podstawowego pomimo wieku typowego dla ukończenia szkoły podstawowej lub inne cechy powodujące wykluczenie społeczne)?

Tak

Nie

Odmawiam podania informacji

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Załącznik 2

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ

Imię																					
Nazwisko																					
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																				
Data rozpoczęcia udziału w Projekcie (DD-MM-RRRR) - wypełnia realizator Projektu																					

Zaświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....
(data i czytelny podpis osoby reprezentującej **Beneficjenta/Realizatora** Projektu)

1. Zamieszkuję lub pracuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego¹¹ na terenie Lubelskiego Obszaru Funkcyjnego tj. gminy:

<input type="checkbox"/> Głusk	<input type="checkbox"/> Jabłonna	<input type="checkbox"/> Jastków	<input type="checkbox"/> Konopnica
<input type="checkbox"/> Lubartów	<input type="checkbox"/> Lublin	<input type="checkbox"/> Lubartów (miasto)	<input type="checkbox"/> Mełgiew
<input type="checkbox"/> Nałęczów	<input type="checkbox"/> Niedzwica Duża	<input type="checkbox"/> Niemce	<input type="checkbox"/> Spiczyn
<input type="checkbox"/> Świdnik	<input type="checkbox"/> Piaski	<input type="checkbox"/> Strzyżewice	<input type="checkbox"/> Wólka

2. Jestem osobą:

- zwolnioną z zakładu pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie do 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do Projektu.**
- przewidzianą do zwolnienia z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy.**
Pracownik/czka, który/a znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy lub który został/a poinformowany/a przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego/nią stosunku pracy lub stosunku służbowego
- zagrożoną zwolnieniem z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy.**
Pracownik/czka zatrudniony/a u pracodawcy, który w okresie 12 m-cy poprzedzających przystąpienie tego pracownika/czki do Projektu dokonał/a rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników/czek, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami/czkami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników/czek (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników/czek albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

3. Oświadczam, iż NIE jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności:

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Załącznik 3

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKcie Z OBECNYM STATUSEM NA RYNKU PRACY

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko):

PESEL:

deklaruję chęć uczestnictwa we wszystkich zaproponowanych mi formach wsparcia w ramach Projektu: „**Mobilnie i funkcjonalnie**” realizowanego przez **Kamea Paweł Kozarzewski** w ramach Osi priorytetowej: 10. Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020, Działanie: 10.4 Programy typu outplacement w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Lubelskiego Obszaru Funkcjonalnego.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie „**Mobilnie i funkcjonalnie**”, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Zamieszkuję na terenie Lubelskiego Obszaru Funkcyjnego.
3. Jestem (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź X)

<input type="checkbox"/>	<p>Osobą zwolnioną Osoba zwolniona z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Pracownikiem przewidzianym do zwolnienia Pracownik/czka, który/a znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy lub który/a został/a poinformowany/a przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Pracownikiem zagrożonym zwolnieniem Pracownik/czka zatrudniony/a u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego/tej pracownika/czki do Projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników/czek, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników/czek albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.</p>

4. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „**Mobilnie i funkcjonalnie**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 .

5. Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. Projekcie.

6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Kamea Paweł Kozarzewski w celach rekrutacji do Projektu i realizacji zaplanowanych działań.

Upředzona/ny o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU O SYTUACJI NA RYNKU PRACY PO ZAKOŃCZENIU UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/- a (imię i nazwisko):

PESEL:

w związku z przystąpieniem do Projektu: „**Mobilnie i Funkcjonalnie**” o nr **RPLU.10.04.00-06-0030/18** oświadczam, że zobowiązuje się po zakończeniu mojego uczestnictwa w Projekcie:

-w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w Projekcie, przekazać Kamea Paweł Kozarzewski informacje i dane (w tym kopie dokumentów) dotyczące mojej sytuacji na rynku pracy po zakończeniu udziału w Projekcie, tj. dotyczące:

a) podjęcia zatrudnienia bądź samozatrudnienia:

- kopii umowy o pracę na min. 3 miesiące i min. ½ etatu, lub

- kopii umowy cywilnoprawnej o terminie realizacji minimalnej 3 miesiące i o wartości o wartości minimalnej w wysokości trzykrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę, lub

- dokumentu potwierdzającego fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres minimum trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie (np. dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ np. ZUS, Urząd Skarbowy, urząd miasta lub gminy)

b) uzyskania kwalifikacji po opuszczeniu programu,

c) statusu na rynku pracy (pracujący, bezrobotny, bierny zawodowo),

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU