|  |
| --- |
| *Data i podpis Przedstawiciela Inkubatora przyjmującego formularz**SZARE POLA WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL INKUBATORA* |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY FIZYCZNEJ**

**DO PROJEKTU „WŁĄCZNIK INNOWACJI SPOŁECZNYCH”**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu: | **Włącznik Innowacji Społecznych** |
| Nazwa realizatora projektu: | **Województwo Wielkopolskie – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu** |
| Nr projektu: | POWR.04.01.00-00-I106/19 |
| Nazwa Programu Operacyjnego: | Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój |
| Nazwa i numer Osi Priorytetowej: | IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa |
| Nazwa i numer Działania: | Działanie 4.1. Innowacje społeczne |

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj uczestnika | [ ]  Indywidualny [ ]  Pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu |
|  | JEŚLI PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJ/PODMIOTUPieczątka lub pełna nazwa instytucji/podmiotu |  |

# **Część 1. Dane podstawowe uczestnika/-czki**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL(jeżeli osoba nie posiada, proszę wpisać BRAK) |  |
| Płeć | [ ]  kobieta  | [ ]  mężczyzna |
| Wykształcenie | [ ]  niższe niż podstawowe | [ ]  podstawowe | [ ]  gimnazjalne |
| [ ]  ponadgimnazjalne | [ ]  policealne | [ ]  wyższe |
| Kraj | Polska |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer budynku |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji**(wypełnia Przedstawiciel Inkubatora zgodnie z SL2014)** | [ ]  DEGURBA 1[ ]  DEGURBA 2[ ]  DEGURBA 3 |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

# **Część 2. Status uczestnika/-czki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu**

Proszę wybrać tylko jeden z czterech wariantów.

W przypadku osób pracujących proszę uzupełnić dane tylko dla głównego miejsca pracy.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | [ ]  TAK [ ]  NIE |
|  | UZUPEŁNIĆ TYLKO JEŚLI „TAK”w tym | [ ]  osoba długotrwale bezrobotna *(młodzież do 25 lat – przez ponad6 miesięcy nieprzerwanie; pozostali dorośli – przez ponad 12 miesięcy nieprzerwanie)*[ ]  inne |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | [ ]  TAK [ ]  NIE |
|  | UZUPEŁNIĆ TYLKO JEŚLI „TAK”w tym | [ ]  osoba długotrwale bezrobotna *(młodzież do 25 lat – przez ponad6 miesięcy nieprzerwanie; pozostali dorośli – przez ponad 12 miesięcy nieprzerwanie)*[ ]  inne |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Osoba bierna zawodowo  | [ ]  TAK [ ]  NIE |
|  | UZUPEŁNIĆ TYLKO JEŚLI „TAK”w tym | [ ]  osoba ucząca się [ ]  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu [ ]  inne |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. Osoba pracująca | [ ]  TAK [ ]  NIE |
|  | UZUPEŁNIĆ TYLKO JEŚLI „TAK”w tym | [ ]  osoba pracująca w administracji rządowej[ ]  osoba pracująca w administracji samorządowej[ ]  osoba pracująca w MMŚP [ ]  osoba pracująca w organizacji pozarządowej[ ]  osoba prowadząca działalność na własny rachunek[ ]  osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie[ ]  inne |
|  | UZUPEŁNIĆ TYLKO JEŚLI „TAK”Wykonywany zawód(dotyczy osób pracujących) | [ ]  instruktor praktycznej nauki zawodu[ ]  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[ ]  inny |
|  | UZUPEŁNIĆ TYLKO JEŚLI „TAK”Nazwa instytucji/podmiotu,w której uczestnik/-czkajest zatrudniony/-a |  |

# **Część 3. Status uczestnika/-czki w chwili przystępowania do projektu**

|  |
| --- |
| 1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |
| [ ]  TAK | [ ]  NIE | [ ]  Odmowa podania informacji |

|  |
| --- |
| 2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*(osoby bez miejsca zamieszkania, osoby żyjące w surowych, alarmujących warunkach, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, osoby mieszkające w mieszkaniach substandardowych)* |
| [ ]  TAK | [ ]  NIE |  |

|  |
| --- |
| 3. Osoba z niepełnosprawnościami*(osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)* |
| [ ]  TAK | [ ]  NIE | [ ]  Odmowa podania informacji |

|  |
| --- |
| 4. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, powodującej zagrożenie wykluczeniem społecznym |
| [ ]  TAK | [ ]  NIE | [ ]  Odmowa podania informacji |

# **Część 4. Rodzaj wnioskowanego wsparcia**

|  |  |
| --- | --- |
| Jestem zainteresowany/-a następującymi formami wsparcia | [ ]  udział w doradztwie[ ]  udział w szkoleniu/kursie[ ]  inne, w tym: [ ]  wsparcie Mentora Innowacji [ ]  wsparcie ekspertów  |
|  ***WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL INKUBATORA INNOWACJI SPOŁECZNYCH****:*  Przyznano następujący rodzaj wsparcia:[ ]  udział w doradztwie[ ]  udział w szkoleniu/kursie[ ]  inne, w tym: [ ]  wsparcie Mentora Innowacji [ ]  wsparcie ekspertów |
| ………………………………………………………… MIEJSCOWOŚĆ, DATA | ………………………………………………………………………………………  CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Pouczony/-a i świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Włącznik Innowacji Społecznych” realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś Priorytetowa IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.1 Innowacje społeczne przez Województwo Wielkopolskie – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu , z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Nowowiejskiego 11, w okresie od 01.07.2020 do 30.09.2023 r.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie wskazane
w „Procedurach realizacji projektu grantowego *Włącznik Innowacji Społecznych*”.
3. Uprzedzony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam,
że dane zawarte w Formularzu „FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY FIZYCZNEJ” są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w Inkubatorze Innowacji Społecznych nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w takim samym terminie, w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby badań niezbędnych do prowadzenia ewaluacji i monitoringu projektu „Włącznik Innowacji Społecznych” (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO)), w tym do przekazania danych dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie, potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego, do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie oraz do przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.
6. Zapoznałem/-am się z dokumentem „Procedury realizacji projektu grantowego *Włącznik Innowacji Społecznych*” i akceptuję jego postanowienia.
7. Zostałem/-am poinformowany-/a, że projekt „Włącznik Innowacji Społecznych” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz że udział
w projekcie jest bezpłatny.
8. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją projektu drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (pocztą e-mail).

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………… MIEJSCOWOŚĆ, DATA | ………………………………………………………………………………………  CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU GRANTOWEGO**

(uwzględnia obowiązek informacyjny realizowany
w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu grantowego pn. **Włącznik Innowacji Społecznych** przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
3. 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.),
4. 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.),
5. 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, z późn. zm.);
6. 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 Zarządzającymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
7. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizacje programów operacyjnych”.
8. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Włącznik Innowacji Społecznych”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
9. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt – Województwu Wielkopolskiemu – Regionalnemu Ośrodkowi Polityki Społecznej w Poznaniu (Poznań, ul. Nowowiejskiego 11, 61-731). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.
10. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
11. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu grantowego.
12. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
13. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
14. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
15. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
16. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@rops.poznan.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@miir.gov.pl.
17. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 16 i 18 RODO.
18. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
19. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie oraz monitoringu moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko, PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze: „Zbiór danych osobowych z ZUS”. Dla tego zbioru mają zastosowanie informacje jak powyżej[[1]](#footnote-1).

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………… MIEJSCOWOŚĆ, DATA | ………………………………………………………………………………………  CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU[[2]](#footnote-2) |

1. Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy w ramach Działania 1.3 lub 1.2. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-2)