**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

do projektu pn*.* **„Zawodowa reGeneracja osób z niepełnosprawnościami”** sfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **PODSTAWOWE DANE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)** | |
| **IMIĘ/IMIONA:** |  |
| **NAZWISKO:** |  |
| **WIEK:** |  |
| **DATA URODZENIA:** |  |
| **Adres zamieszkania na terenie powiatów objętych projektem:** | Ciechanowski  Przasnyski  Żuromiński |
| **ADRES ZAMIESZKANIA NA TERENIE GMINY WIEJSKIEJ LUB MIEJSKO-WIEJSKIEJ** | TAK €  Gmina …………………………………………………………………. |
| **PREFEROWANA FORMA KONTAKTU** | Telefoniczna  Numer telefonu ………………………………… |
| SMS **€**  Numer teleofnu ………………………………… |
| E-mail  Adres e-mail ……………………………………………… |
| **STATUS UCZESTNIKA:** | Jestem osobą niepełnosprawną i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności\*  \*Osoba niepełnosprawna jest zobligowana do dostarczenia wraz z formularzem rekrutacyjnym orzeczenia o niepełnosprawności  lub Oświadczenia składanego przez uczestnika zawierającego jego czytelny podpis – wzór dołączony do formularza rekrutacyjnego |
| **Jestem osobą nieuczestniczącą w: warsztatach terapii zajęciowej, środowiskowych domach samopomocy, dziennych placówkach wsparcia oraz niebędącą mieszkańcem domu pomocy społecznej oraz całodobowej placówki wsparcia** | NIE UCZESTNICZĘ, NIE JESTEM MIESZKAŃCEM  UCZESTNICZĘ/JESTEM MIESZKAŃCEM |
| **INFORMACJE O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH W KONTEKŚCIE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE** |  mam problemy z poruszaniem się,   mam problemy ze wzrokiem, potrzebuję materiałów szkoleniowych drukowanych ze zwiększoną czcionką (lub podręcznik audio)   potrzebuję pomocy tłumacza Polskiego Języka Migowego   inne (jakie?)  ……………………………………………………………………………………………….  ……….……………………..........................................................  ....................................................................................  ......................................................... |

|  |
| --- |
| 1. **OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| 1. Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie„Zawodowa reGeneracja osób z niepełnosprawnościami” , jednocześnie akceptuję wszystkie jego warunki. 2. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „Zawodowa reGeneracja osób z niepełnosprawnościami” oraz we wszystkich zaplanowanych działaniach. 3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest sfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego. 4. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie w dokumentach rekrutacyjnych są zgodne z prawdą. 5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym do celów związanych z realizacją projektu (zgodnie rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, zwanego dalej RODO).   **Klauzula informacyjna**  1. W związku z wejściem w życie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej jako „RODO”, pragniemy wypełnić nałożony na nas obowiązek informacyjny związany z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, określony w art. 13 RODO. Jednocześnie zapewniamy Państwa, że ochrona Państwa danych osobowych w zgodzie z przepisami prawa jest dla nas priorytetem i podlega najwyższym standardom bezpieczeństwa.  2. W związku z powyższym i w oparciu o obowiązujące przepisy dotyczące ochrony danych osobowych, wypełniając przepisy RODO i traktując priorytetowo w procesach kadrowych kwestię ochrony przetwarzanych danych osobowych naszych pracowników informujemy, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja edukacyjno-sportowa reGeneracja z siedzibą w Pawłowo 18, 06-461 Regimin, wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych, publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000509552, NIP 5662012890, REGON 147271512, zwana dalej „Administratorem”.  3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 litera c RODO to jest w celu wykonania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.  4. Jakiekolwiek przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych inne niż dokonywane na podstawie art. 6 ustęp 1 litera c RODO nastąpi wyłącznie w takim zakresie, w jakim zgodnie z prawem i dobrowolnie wyraziła/wyraził Pani/Pan na to zgodę**.**  5. Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych to [iod.regeneracja@o2.pl](mailto:iod.regeneracja@o2.pl)  6. Ponadto, informujemy, że ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, żądania sprostowania swoich danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, żądania usunięcia swoich danych osobowych (w przypadkach i na zasadach określonych w RODO), wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych, ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – na zasadach określonych w RODO.  …………………………………………… …………………………………………………….  (Miejscowość, data) (podpis uczestnika projektu) |

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykorzystanie wizerunku uczestnika projektu**

**„Zawodowa reGeneracja osób z niepełnosprawnościami”**

W związku z przystąpieniem do projektu **„Zawodowa reGeneracja osób z niepełnosprawnościami”** ja niżej podpisana/-y

…………………….………………………….………….………..………… *(imię i nazwisko)*

wyrażam zgodę do nieodpłatnego używania i rozpowszechniania mojego wizerunku dla celów informacyjno-promocyjnych Projektu.

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonywane podczas zajęć organizowanych w ramach projektu **„Zawodowa reGeneracja osób z niepełnosprawnościami”** mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu, w social mediach oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych Realizatora projektu. Zgoda nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie.

Podpisanie zgody jest dobrowolne.

……………………….…………… ………..……………………..………

(Miejscowość, data) (Czytelny podpis)

…………………………., dnia ……..………..

.............................................................

imię i nazwisko

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/y dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie: **„Zawodowa reGeneracja osób z niepełnosprawnościami”** oraz udział we wszystkich zaplanowanych w nim działaniach. Przyjmuję do wiadomości, iż Realizatorem projektu jest Fundacja edukacyjno-sportowa reGeneracja oraz fakt, iż projekt jest sfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego.

Jednocześnie oświadczam, iż:

* spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie, zgodnie z wytycznymi określonymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa projektu „Zawodowa reGeneracja osób z niepełnosprawnościami”, oraz oświadczam, że akceptuję wszystkie jego warunki;
* zobowiązuję się do systematycznego czynnego udziału w realizowanych działaniach;
* zobowiązuję się do poinformowania organizatora działań o planowanej nieobecności na spotkaniach najpóźniej dzień przed wyznaczonym terminem spotkania;
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby związane z realizacją projektu.

……………………………………………………………

czytelny podpis

………………………………………………………….

(miejsce i data)

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………… oświadczam, że posiadam orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

(nazwa organu, przez które zostało wydane orzeczenie)

na podstawie przepisu ……………………………………………………………………………………………,

które zostało zarejestrowane pod numerem ………………………………………………………..

wydane na okres …………………………………………………………………………………………………….

Na podstawie ww. orzeczenia posiadam ……………………………………………………………… stopień niepełnosprawności.

…………………………………………………………

(podpis)

1. Należy wypełniać wielkimi literami. [↑](#footnote-ref-1)