

Wypełnia osoba przyjmująca formularz:

Data wpływu formularza zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej formularz zgłoszeniowy

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIĄ DO PROJEKTU „OBUDŹ SWÓJ ZAWODOWY POTENCJAŁ”

Prosimy o wypełnienie formularza zgłoszeniowego czytelnie, drukowanymi literami. Wypełniony i podpisany formularz proszę złożyć osobiście w Biurze Projektu lub przesać pocztą na adres Biura Projektu: **OPTIMA HRS Kinga Koronkiewicz, ul. Piękna 5 lok. 22, 15-282 Białystok, tel. 789 299 680 lub wysłać mailem na adres: biuro@optimahrs.pl**

Wypełnia osoba składająca formularz zgłoszeniowy:

DANE OSOBOWE:			
imię (imiona)			
nazwisko			
płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
data urodzenia		wiek	
miejsce urodzenia		PESEL	
DANE KONTAKTOWE – Adres zamieszkania			
miejsowość		kod pocztowy	
ulica			
nr domu		nr lokalu	
gmina		powiat	
województwo			
obszar	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski	
telefon komórkowy		telefon stacjonarny	
adres poczty e-mail			
INFORMACJE DODATKOWE:			
Wykształcenie (zaznaczyć najwyższy posiadany poziom wykształcenia)	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe	
Jestem osobą z niesprawnościami ¹	<input type="checkbox"/> TAK: stopień <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI		
Oświadczam, że jestem osobą:	<input type="checkbox"/> pracującą <input type="checkbox"/> bezrobotną <input type="checkbox"/> nieaktywną zawodowo ² <input type="checkbox"/> bierną zawodowo ³		

¹ Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności lub innym dokumentem potwierdzającym stan zdrowia wydanym przez lekarza tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia

² Nieaktywni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne w tym osoby uczące lub kształcące się)

³ Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne, w tym osoby nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu).

Oświadczam, że jestem uczniem/cą Policealnej Szkoły Administracji Akademia Sukcesu w Białymstoku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Oświadczam, że uczę się na kierunku:	<input type="checkbox"/> Opiekun medyczny	<input type="checkbox"/> Technik usług kosmetycznych
	<input type="checkbox"/> Technik rachunkowości	<input type="checkbox"/> Technik BHP
	<input type="checkbox"/> Inny: Proszę podać kierunek	
W/w kierunek jest:	<input type="checkbox"/> jednoroczny <input type="checkbox"/> dwuletni	
Oświadczam, iż obecnie uczę się na semestrze:	<input type="checkbox"/> pierwszym <input type="checkbox"/> drugim <input type="checkbox"/> trzecim <input type="checkbox"/> czwartym	
Planowany miesiąc i rok ukończenia szkoły:		
W ramach nauki w szkole odbyłam/em praktyki szkolne związane z kierunkiem kształcenia: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Jeżeli „TAK” proszę wymienić miejsce odbywania praktyk/staży, oraz podać ich wymiar godzinowy:		
1.		
2.		
Preferowane miejsce odbywania stażu: <input type="checkbox"/> Gabinety kosmetyczne i SPA <input type="checkbox"/> Szpital <input type="checkbox"/> Przychodnie/Poradnie rodzinne <input type="checkbox"/> Urzędy <input type="checkbox"/> Sanatoria <input type="checkbox"/> Kwaciarnie <input type="checkbox"/> Biura rachunkowe <input type="checkbox"/> Ośrodki szkoleniowe i działy BHP <input type="checkbox"/> Inne (proszę wpisać jakie)		
Preferowane godziny odbywania stażu: <input type="checkbox"/> od poniedziałku do piątku, po 8 godzin dziennie (od..... do.....) <input type="checkbox"/> kilka razy w tygodniu, po 8 godzin dziennie (od..... do.....) <input type="checkbox"/> weekendy (sobota, niedziela), po 8 godzin dziennie (od..... do.....) <input type="checkbox"/> inne (proszę wpisać jakie)		
Preferowany termin rozpoczęcia stażu (dzień, miesiąc, rok):		
Dotychczasowe doświadczenie zawodowe (proszę o podanie terminów i nazwy firmy):		
Powody udziału w projekcie (możliwość wybrania więcej niż jednej odpowiedzi): <input type="checkbox"/> Chciałabym/chciałbym uzyskać doświadczenie zawodowe <input type="checkbox"/> Chciałabym/chciałbym pogłębić wiedzę <input type="checkbox"/> Chciałabym/chciałbym nabyć kompetencje i kwalifikacje <input type="checkbox"/> Mam wolny czas i nie mam innego zajęcia <input type="checkbox"/> Inne (jakie):		

.....
Czytelny podpis

OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE:

Ja niżej podpisany/a oświadczam że:

- zostałem/łam poinformowany/na, że projekt „Obudź swój zawodowy potencjał” i wsparcie udzielone w ramach projektu jest współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- zapoznałem/am się z zasadami udziału w projekcie „Obudź swój zawodowy potencjał” zawartymi w „Regulaminie uczestnictwa w projekcie” i akceptuję jego warunki.
- zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora projektu o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym.
- spełniam kryteria kwalifikowalności do projektu określone w Regulaminie uczestnictwa w projekcie, które uprawniają mnie do udziału w projekcie.

5. wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa (z własnej inicjatywy) w projekcie „Obudź swój zawodowy potencjał” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
6. akceptuję fakt, iż złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z przyjęciem mnie do projektu. W przypadku nie zakwalifikowanie mnie do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Organizatora Projektu.
7. w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym Organizatora Projektu.
8. wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
9. wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku, w związku z realizacją projektu „Obudź swój zawodowy potencjał”. Ponadto, wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, mających na celu zmierzenie rezultatów osiągniętych w projekcie.
10. świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą i aktualne na dzień dostarczenia formularza zgłoszeniowego.
11. zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dot. mojego stanu niepełnosprawności.

.....
Czytelny podpis

OŚWIADCZENIE

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

W związku z przystąpieniem do procesu rekrutacji w ramach projektu pn. „Obudź swój zawodowy potencjał” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych (e-mail: iod@miir.gov.pl i iod@wrotapodlasia.pl);
3. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) 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 (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów ustawy wdrożeniowej – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
4. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji procesu rekrutacji do projektu „Obudź swój zawodowy potencjał”, w szczególności weryfikacji kwalifikowalności do uczestnictwa w projekcie, informowania o etapach i wyniku rekrutacji,
5. podanie danych jest warunkiem koniecznym do udziału w procesie rekrutacji do projektu „Obudź swój zawodowy potencjał”, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
6. moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji RPOWP 2014-2020 oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
7. mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
8. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
9. moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
10. po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis