**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PROJEKTU** | |
| **TYTUŁ PROJEKTU** | **„Akademia doradztwa zawodowego w makroregionie I - woj. zachodniopomorskie, wielkopolskie, kujawsko-pomorskie i pomorskie”** |
| **Nr PROJEKTU** | nrUDA-POWR.02.14.00-00-2005/18-00 |

**Instrukcja wypełniania Formularza:**

1. Swoją odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem.

2. W miejscach do tego przeznaczonych prosimy o wpisanie wymaganych informacji drukowanymi literami. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE O UCZESTNIKU I ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię (Imiona)** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data urodzenia** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** | |  |  | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |  |  |
| **Płeć** | | ⬜ KOBIETA ⬜ MĘŻCZYZNA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** | | ………………………………………. lat/a | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie** *(proszę zaznaczyć 1 możliwość, odpowiadającą najwyższemu poziomowi uzyskanego wykształcenia)* | | * Podstawowe (ISCED 1) * Gimnazjalne (ISCED 2) * Ponadgimnazjalne (ISCED 3) * Policealne (ISCED 4) * Studia krótkiego cyklu (ISCED 5) | | | | | | | | | * Studia I stopnia, tj. licencjackie lub odpowiedniki – tytuł zawodowy inżynier, licencjat (ISCED 6) * Studia II stopnia, tj. magisterskie, podyplomowe lub odpowiedniki – tytuł zawodowy magister (ISCED 7) * Studia doktoranckie (ISCED 8) | | | | | | | |
| **Status osoby na rynku pracy**  *(informacja nt. położenia szkoły / placówki jest niezbędna dla celów stworzenia listy rankingowej Uczestników)* | | * osoba zatrudniona w szkole / placówce: …………………………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………. *(proszę podać pełną nazwę i pełen adres szkoły / placówki, wraz  z kodem pocztowym i* ***nazwą miejscowości,*** *w której znajduje się szkoła / placówka)*   Szkoła / placówka jest położona w następującym województwie:   * Zachodniopomorskie * Pomorskie * Wielkopolskie * Kujawsko-pomorskie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykonywany zawód** | | ……………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania Uczestnika (wg kodeksu cywilnego[[1]](#footnote-1))** | | Województwo | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Powiat | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Gmina | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy, miejscowość | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Ulica, nr budynku,  nr lokalu | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres poczty elektronicznej  (e-mail)** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Oświadczenia związane ze statusem uczestnika w chwili przystąpienia do projektu** (w każdym wierszu proszę zaznaczyć 1 możliwość): | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia. | | | | | | ⬜ TAK | | | | | ⬜ NIE | | | ⬜ odmowa podania informacji | | | |
|  | Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | | ⬜ TAK | | | | | ⬜ NIE | | | ⬜ odmowa podania informacji | | | |
|  | Jestem osobą z niepełnosprawnościami[[2]](#footnote-2) | | | | | | ⬜ TAK | | | | | ⬜ NIE | | | ⬜ odmowa podania informacji | | | |
|  | Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej. | | | | | | ⬜ TAK | | | | | ⬜ NIE | | | ⬜ odmowa podania informacji | | | |
| **Szczegóły wsparcia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Deklaruję udział w 3-dniowym szkoleniu dla osób wykonujących zadania z zakresu doradztwa zawodowego w szkołach i placówkach:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miejsce realizacji szkolenia:** | | | | **……………………………………………………** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data rozpoczęcia szkolenia** (tj. rozpoczęcia udziału we wsparciu): | | | | **……………………………………………………** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data zakończenia szkolenia** (tj. zakończenia udziału we wsparciu): | | | | **……………………………………………………** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Z powodu niepełnosprawności zgłaszam następujące indywidualne potrzeby** *(proszę wypełnić tylko wtedy,  gdy dotyczy):* | | | | ❑ mam problemy ze wzrokiem, potrzebuję materiałów szkoleniowych drukowanych ze zwiększoną czcionką, kontrastem (lub podręcznik audio),  ❑ potrzebuję pomocy tłumacza języka migowego,  ❑ mam problemy z poruszaniem się, potrzebuję zakwaterowania i realizacji szkoleń w miejscu bez barier architektonicznych,  ❑ inne (jakie?) **……………………………………………………  ……………………………………………………** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Zgłaszam następujące indywidualne potrzeby żywieniowe** *(proszę wypełnić tylko wtedy,  gdy dotyczy):* | | | | * Dieta wegetariańska * Dieta wegańska * Dieta bezglutenowa * Inne, jakie? ……………………………………..………. | | | | | | | | | | | | | | |

1. **POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA**

* Oświadczam, że we wskazanej w Formularzu szkole / placówce wykonuję zadania z zakresu doradztwa edukacyjno – zawodowego.
* Zobowiązuję się do wypełnienia pretestu (przed rozpoczęciem szkolenia) i posttestu (po zakończeniu szkolenia), który to obowiązek jest zgodny z zapisami wniosku o dofinansowanie Projektu i służy monitorowaniu realizacji Projektu.
* Wyrażam zgodę na odbywanie w ramach Projektu zajęć w dni wolne od pracy, tj. w sobotę   
  i niedzielę, z wyłączeniem dni świątecznych (zgodnie z harmonogramem poszczególnych szkoleń).
* Oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym odpowiadają stanowi faktycznemu   
  i są zgodne z prawdą.
* Oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
* Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Projektu *„Akademia doradztwa zawodowego w makroregionie I - woj. zachodniopomorskie, wielkopolskie, kujawsko-pomorskie i pomorskie”* i akceptuję jego zapisy.
* Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że Projekt jest współfinansowany   
  ze środków Unii Europejskiej.
* Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o konieczności przekazania danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacji na temat udziału w kształceniu   
  lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w terminie 4 tygodni   
  po zakończeniu udziału w projekcie.
* Wyrażam zgodę na udział w procesie monitoringu i ewaluacji projektu,   
  w tym m.in. wypełnianie ankiet, dokumentów oraz testów sprawdzających.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacji, zgodnie   
  z Ustawą z dn. 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).
* Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu *„Akademia doradztwa zawodowego w makroregionie I - woj. zachodniopomorskie, wielkopolskie, kujawsko-pomorskie i pomorskie”.* 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
* Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe, z dniem przystąpienia do projektu, zostaną powierzone do przetwarzania:

- Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwo Edukacji Narodowej, Al. J. Ch. Szucha 25, 00-918 Warszawa;

- Beneficjentowi realizującemu projekt – Konsorcjum Szkoleniowo-Doradcze Gamma Spółka   
z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k. (dawniej Gamma D. Didiuk i M. Wasilewski Sp. j.), ul. Mysłowicka 15, 01-612 Warszawa;

- Partnerom projektu:

* 1. **Miasto Konin**, pl. Wolności 1, 62-500 Konin/ Centrum Kształcenia Praktycznego w Koninie/ Miejski Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli w Koninie.
  2. **Powiat wągrowiecki/** Zespół Szkół nr 1 w Wągrowcu, ul. Kościuszki 15, 62-100 Wągrowiec,

- Inne podmioty które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - ………………………………………………………………………………… (nazwa i adres ww. podmiotów).

Podanie danych jest wymogiem ustawowym, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby rozliczenia projektu, na potrzeby rozliczenia i zamknięcia Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój na lata 2014 – 2020 oraz do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl). Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

* Wyrażam zgodę na wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku wyłącznie   
  na potrzeby realizacji wsparcia szkoleniowego, promocji projektu   
  oraz informuję, że z tego tytułu nie będę żądać wynagrodzenia finansowego.
* Wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie pt. „*Akademia doradztwa zawodowego w makroregionie I - woj. zachodniopomorskie, wielkopolskie, kujawsko-pomorskie i pomorskie” nr*  UDA-POWR.02.14.00-00-2005/18-00.
* Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że wypełnienie kwestionariusza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.
* W sytuacji zakwalifikowania mnie do projektu „*Akademia doradztwa zawodowego w makroregionie I - woj. zachodniopomorskie, wielkopolskie, kujawsko-pomorskie i pomorskie”* deklaruję swój udział w niniejszym projekcie. Jednocześnie oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.
* Załączam do niniejszego formularza zgłoszeniowego:

1. kopię orzeczenia o niepełnosprawności, ponieważ powyżej w niniejszym Formularzu zaznaczyłam/em, że jestem osobą z niepełnosprawnością (jestem poinformowany, że   
   w razie braku kopii tego orzeczenia nie otrzymam dodatkowego punktu w toku oceny merytorycznej),
2. oświadczenie od pracodawcy potwierdzające fakt, że jestem zatrudniona/y w szkole / placówce i wykonuję zadania z zakresu doradztwa edukacyjno-zawodowego w tej szkole / placówce. Oświadczenie może być zawarte w Formularzu poniżej wg przygotowanego wzoru lub dołączone jako osobny dokument (z zastrzeżeniem podania informacji: nazwa i adres szkoły, potwierdzenie faktu wykonywania zadań z zakresu doradztwa edukacyjno – zawodowego przez Kandydata). Oświadczenie jest niezbędne z punktu widzenia procesu monitorowania realizacji projektu i osiągania jego rezultatów.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość i data | | Czytelny podpis uczestniczki/a[[3]](#footnote-3) |

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisana/podpisany ……………………………………………………………., w związku   
z przystąpieniem do projektu pn.  **„***Akademia doradztwa zawodowego w makroregionie I - woj. zachodniopomorskie, wielkopolskie, kujawsko-pomorskie i pomorskie***”**, świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie obejmującym dane osobowe zwykłe oraz szczególne kategorie danych osobowych (ujęte w powyższym formularzu rekrutacyjnym) wyłącznieprzez:

1. *Ministerstwo Edukacji Narodowej, Al. J. Ch. Szucha 25, 00-918 Warszawa (Instytucję Pośredniczącą),*
2. *ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, mającego siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4,   
   00-926 Warszawa,*

w celach realizacji projektu pn.  **„***Akademia doradztwa zawodowego w makroregionie I - woj. zachodniopomorskie, wielkopolskie, kujawsko-pomorskie i pomorskie***”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój na lata 2014 –2020.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/y, że w tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne   
do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii   
oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość i data | | Czytelny podpis uczestniczki/a*[[4]](#footnote-4)\*\** |

**Oświadczenie w sprawie zatrudnienia w szkole / placówce**

Oświadczam, że Pan/i ………………………………………………………………………… *(imię i nazwisko Kandydata),*

**Jest zatrudniona/y w szkole / placówce**:  
………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. *(pełna nazwa i pełen adres szkoły / placówki, wraz z kodem pocztowym i nazwą miejscowości) ,*

**w tej szkole / placówce wykonuje zadania z zakresu doradztwa edukacyjno – zawodowego.**

Oświadczenie jest składane na potrzeby weryfikacji formalnej kandydatury uczestnika   
i zakwalifikowanie go do udziału w szkoleniu oraz jest zgodne z Regulaminem Projektu „*Akademia doradztwa zawodowego w makroregionie I - woj. zachodniopomorskie, wielkopolskie, kujawsko-pomorskie i pomorskie”.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość i data | | Czytelny podpis osoby reprezentującej  wraz z pieczęcią |

1. Zgodnie z art. 25 kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa   
   z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. **osoba niepełnosprawna** w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku wypełniania kwestionariusza zgłoszeniowego przez osobę małoletnią – oświadczenia powinny zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-3)
4. \*\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-4)