



FORMULARZ REKRUTACYJNY

Beneficjent	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.
Tytuł projektu	Realizacja przez Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. programu rehabilitacji zdrowotnej
Numer projektu	06.07.00-08-0001/19

Lp.	nazwa	<i>proszę czytelnie wypełnić puste rubryki adekwatną treścią i/lub oznaczyć wybraną odpowiedź symbolem X</i>												
DANE OSOBOWE uczestnika / uczestniczki projektu	1	imię												
	2	nazwisko												
	3	pleć	kobieta	<input type="checkbox"/>										
			mężczyzna	<input type="checkbox"/>										
	4	PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
5	wykształcenie	nizsze niż podstawowe	<input type="checkbox"/>											
		podstawowe	<input type="checkbox"/>											
		gimnazjalne	<input type="checkbox"/>											
		ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>											
		policealne	<input type="checkbox"/>											
		wyższe	<input type="checkbox"/>											
DANE KONTAKTOWE uczestnika / uczestniczki projektu	6	województwo	LUBUSKIE											
	7	powiat												
	8	gmina												
	9	miejsowość												
	10	ulica												
	11	nr budynku												
	12	nr lokalu												
	13	kod pocztowy												
14	telefon kontaktowy													



15	adres e-mail	
----	--------------	--

Lp.	nazwa	<i>proszę wypełnić puste rubryki adekwatną treścią i/lub oznaczyć wybraną odpowiedź symbolem X</i>		
DANE uczestnika / uczestniczki projektu dot. STATUSU NA RYNKU PRACY	16 status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	osoba bezrobotna	niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	
			zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	
		osoba bierna zawodowo		
		osoba pracująca, w tym:		
		pracująca:	w administracji rządowej	
			w administracji samorządowej	
			w MMŚP	
			w dużym przedsiębiorstwie	
			w organizacji pozarządowej	
		prowadząca działalność na własny rachunek		
		inne		
		17 wykonywany zawód	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 wspierania rodziny i pieczy zastępczej				
pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej				
pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej				
rolnik				
inne				
18	miejsce zatrudnienia (nazwa pracodawcy i miejscowość)			



	Lp.	nazwa	<i>proszę wypełnić puste rubryki adekwatną treścią i/lub oznaczyć wybraną odpowiedź symbolem X</i>		
DANE DODATKOWE uczestnika / uczestniczki projektu	19	status uczestnika / uczestniczki projektu w chwili przystąpienia do projektu	osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	tak	
				nie	
				odmowa podania informacji	
			osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	tak	
				nie	
				odmowa podania informacji	
			osoba z niepełnosprawnościami	tak	
				nie	
				odmowa podania informacji	
			osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	tak	
				nie	
				odmowa podania informacji	

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika / uczestniczki projektu



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU

imię i nazwisko:

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Realizacja przez Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. programu rehabilitacji zdrowotnej** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy ds. Rozwoju Regionalnego, z siedzibą przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego –Lubuskie 2020 w odniesieniu do zbioru pn. Centralny System Teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych 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,
 - 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,
 - c. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - 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.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **Realizacja przez Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. programu rehabilitacji zdrowotnej**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno–promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu projekt - **Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o., ul. Zyty 46**, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu pn. **Realizacja przez Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. programu rehabilitacji zdrowotnej**, tj.:
 - a) EXPETO Sp. z o. o. Sp. k., 65-410 Zielona Góra, ul. Fabryczna 17B/38, którą reprezentuje Radosław Flügel (członek Zarządu)



5. 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 lub Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO -Lubuskie 2020.
6. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
7. W terminie 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. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty sekretariat@szpital.zgora.pl
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika / uczestniczki projektu

SZCZEGÓŁY WSPARCIA <i>wypełnia Beneficjent</i>		data	podpis pracownika Beneficjenta
1	rozpoczęcie udziału w projekcie		
2	zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką wsparcia		
3	przerwanie udziału w projekcie		
4	powód przerwania udziału w projekcie		