

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Beneficjent	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.
Tytuł projektu	Program rehabilitacji zdrowotnej w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.
Numer projektu	06.07.00-08-0002/21

	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	płeć	kobieta													
			mężczyzna													
	4	PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													
5	wykształcenie	niższe niż podstawowe														
		podstawowe														
		gimnazjalne														
		ponadgimnazjalne														
		policealne														
		wyższe														
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															

Projekt pt. „Program rehabilitacji zdrowotnej w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o. o.”
nr RPLB.06.07.00-08-0002/21

Szpital Uniwersytecki imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Zielonej Górze, 65-046 Zielona Góra ul. Zyty 26, Sąd Rejonowy w Zielonej Górze VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego Rejestr przedsiębiorców nr KRS 0000 596211, REGON: 970773231, NIP: 973 102 53 15, Kapitał zakładowy: 10 300,00 złotych. Numer rejestrowy BDO: 000027243, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze Sp. z o.o. oświadcza, że posiada status dużego przedsiębiorcy.

Lp.	nazwa	proszę wypełnić puste rubryki adekwatną treścią i/lub oznaczyć wybraną odpowiedź symbolem X			
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	proszę wypełnić puste rubryki adekwatną treścią i/lub oznaczyć wybraną odpowiedź symbolem X			

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	

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika / uczestniczki projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU

imię i nazwisko:

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Program rehabilitacji zdrowotnej w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.**” 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 „**Program rehabilitacji zdrowotnej w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.**”, 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. „**Program rehabilitacji zdrowotnej w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.**”, tj.:
 - a) EXPETO Sp. z o. o. Sp. k., 65-410 Zielona Góra, ul. Fabryczna 17B/38, którą reprezentuje Radosław Flügel (członek Zarządu)

