



FORMULARZ APLIKACYJNY

Formularz prosimy wypełniać CZYTELNIE !!!

Złożenie formularza na nieodpowiednim wzorze, nie wypełnienie wszystkich wymaganych punktów Formularza lub nie złożenie wymaganych podpisów będzie skutkowało odrzuceniem Formularza z przyczyn formalnych.

Numer zgłoszenia:9.1.2/AE

Data wpływu formularza: □□-□□-20□□ r.

Tytuł projektu: „Aktywni - Efektywni”

Instytut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informatycznych InBIT Sp. z o.o.
Biuro Projektu w Krakowie, Plac gen. Władysława Sikorskiego 2, 31-115 Kraków
tel. (12) 626 01 50, e-mail: aktywniefektywni@inbit.pl

Nr projektu: **RPMP.09.01.02-12-0253/17-00**

Osoba priorytetowa: 9. Region Spójny Społecznie, Działanie: 9.1 Aktywna Integracja,
Poddziałanie: 9.1.2. Aktywna Integracja - projekty konkursowe.
Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

1. DANE OSOBOWE / DANE KONTAKTOWE

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|
| Imię (imiona): | | Nazwisko: | |
| Data i miejsce urodzenia: | □□-□□-□□□□ | | |
| Województwo urodzenia: (według nowego podziału) | | | |
| PESEL: | □□□□□□□□□□ | <input type="checkbox"/> brak PESEL | |
| Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu) | | | |
| Telefony komórkowy: | | Telefon stacjonarny: | |
| E-mail: | | | |
| Płeć (zaznaczyć właściwy „X”): | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna | | |

2. Miejsce zamieszkania¹ należy podać adres zamieszkania, który umożliwi również dotarcie do uczestnika projektu w przypadku kiedy zostanie on wylosowany do udziału w badaniu ewaluacyjnym

| | | |
|--|---|--------------|
| Ulica ² : | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Województwo: |
| Gmina: | Powiat: | Kraj: |
| Obszar zamieszkania (zaznaczyć właściwy „X”): | <input type="checkbox"/> obszar miejski <input type="checkbox"/> obszar wiejski | |
| Oświadczam, że zamieszkuję (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie (zaznaczyć właściwy „X”): | <input type="checkbox"/> Miasto Kraków <input type="checkbox"/> Powiatu krakowskiego | |

¹ Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

² W przypadku braku ulicy wpisać miejscowość



3. ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania):

| | | |
|----------------------|--------------|--------------|
| Ulica ² : | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Województwo: |
| Gmina: | Powiat: | Kraj: |

4. STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)

Oświadczam, że jestem:

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy ³ (należy dołączyć zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające status) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy ⁴ | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Osobą długotrwale bezrobotną ⁵ | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Osobą pracującą | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. Osobą bierną zawodowo ⁶ | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 6. Osobą uczestniczącą w kształceniu ⁷ | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 7. Osobą uczestniczącą w szkoleniu ⁸ | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 8. Okres pozostawania bez pracy | | |

³ **Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy** – oznacza to osobę pozostającą bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne. Status na rynku pracy określany jest w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.

⁴ **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy** – oznacza to osobę pozostającą bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna.

⁵ **Osoba długotrwale bezrobotna** – Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku:

- Młodzież (<25 lat) – oznacza osobę bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy).

- Dorośli (25 lat lub więcej) – oznacza osobę bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).

⁶ **Osoba bierna zawodowo** – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, nie jest zarejestrowana (y) w urzędzie pracy i nie poszukuje pracy).

⁷ **Osoba uczestnicząca w kształceniu** tj. osoba uczestnicząca w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym (kształcenie formalne w trybie stacjonarnym rozumiane jest jako kształcenie w systemie szkolnym na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych, jak również kształcenie na poziomie wyższym w formie studiów wyższych lub doktoranckich realizowanych w trybie dziennym).

⁸ **Osoba uczestnicząca w szkoleniu** tj. osoba uczestnicząca w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy.



5. STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU⁹

(należy zaznaczyć właściwe pola „X”)

Oświadczam, że jestem:

| | |
|--|--|
| 1. Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia? | <input type="checkbox"/> TAK |
| | <input type="checkbox"/> NIE |
| | <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 2. Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań? | <input type="checkbox"/> TAK |
| | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej np.: posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, jestem zagrożony/a wykluczeniem społecznym, byłem/am więźniem, narkomanem, jestem osobą zamieszkującą teren wiejski itp.? | <input type="checkbox"/> TAK |
| | <input type="checkbox"/> NIE |
| | <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

6. Informacje uzupełniające (należy zaznaczyć właściwe pola „X”):

Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj. spełniam minimum jedną przesłankę wskazaną poniżej, tj. jestem:

| | | |
|--|---|------------------------------|
| – Osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: (należy dołączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej). | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| – Osobą kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek zgodnie z: | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| a) art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2007 r. o pomocy społecznej z powodu: | | |
| – ubóstwa – brak zasobów na minimum egzystencji tj. np. sprawność psychospołeczną (jedzenie, potrzeby mieszkaniowe) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| – ubóstwa – brak zasobów na minimum socjalne (np. środki pozwalające na wychowanie dzieci oraz uczestnictwo w życiu społecznym na co najmniej niskim poziomie) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| – bezrobocia | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| – niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| – bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| – inne | <input type="checkbox"/> TAK Jaki:..... | <input type="checkbox"/> NIE |

⁹ Dane wrażliwe – Kandydat/tka ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu i/lub brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu.



| | |
|---|--|
| <p>– Osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej:</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> |
| <p>– Osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym¹⁰;</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> |
| <p>– Członkiem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnościami, w której jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością: <i>(należy dołączyć orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)</i></p> | <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> |
| <p>– Osobą z niepełnosprawnościami¹¹: <i>Osoba z niepełnosprawnościami zobowiązana jest dostarczyć kserokopię orzeczenia lub zaświadczenie od lekarza (dokument potwierdzający stan zdrowia).</i></p> | <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI</p> |
| <p>- w tym stopień niepełnosprawności:</p> | <p><input type="checkbox"/> LEKKI <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY</p> |
| <p>- w tym rodzaj niepełnosprawności:</p> | <p><input type="checkbox"/> SPRZĘŻONA <input type="checkbox"/> INTELEKTUALNA <input type="checkbox"/> PSYCHICZNA <input type="checkbox"/> INNA Jaka:..... <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY</p> |
| <p>– Osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (bezpłatne artykuły spożywcze, posiłki)¹²:</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> |

¹⁰ Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do: 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 2) uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego; 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej; 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

¹¹ Osoba z niepełnosprawnościami – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z póź. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr. 231, poz.1375).

¹² Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa – osoba, która na dzień składania dokumentów rekrutacyjnych, co najmniej raz skorzystała z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.



7. DODATKOWE INFORMACJE:

Oświadczam, że jestem:

| | | |
|---|--|------------------------------|
| 1. Osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego ¹³ ? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zamieszkującą na obszarze rewitalizacji - w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020. | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Wstępne zainteresowanie formami wsparcia: | <input type="checkbox"/> płatne staże <input type="checkbox"/> szkolenia zmierzające do podjęcia zatrudnienia <input type="checkbox"/> doradztwo | |

8. WYKSZTAŁCENIE - należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia.

| | | |
|---|--|--|
| Oświadczam iż posiadam wykształcenie: | <input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) | <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum) |
| | <input type="checkbox"/> Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową) | <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową) |
| | <input type="checkbox"/> Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną) | <input type="checkbox"/> Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe) (uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) |
| Nazwa szkoły i rok jej ukończenia | | |
| Zawód wyuczony, specjalność, tytuł zawodowy | | |

Ja, niżej podpisany/-a świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane podane w niniejszym formularzu aplikacyjnym i oświadczeniach będących załącznikiem do formularza rekrutacyjnego są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata

¹³ Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia – osoba, która doświadczyła wykluczenia z więcej niż jednej przestanki wynikającej z definicji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.



Oświadczenia Kandydata/-ki

1. Oświadczam, że:

- a) zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w projekcie „**Aktywni – Efektywni**” realizowanym przez InBIT sp. z o.o.,
- b) wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą,
- c) zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „**Aktywni – Efektywni**” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020,
- d) zapoznałem(-em) się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* oraz akceptuję wszystkie jego warunki i postanowienia oraz zobowiązuję się do ich stosowania/przestrzegania,
- e) zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania InBIT Sp. z o.o. o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane osobowe, dane kontaktowe oraz o zmianie statusu tj. sytuacji zawodowej np. podjęcie zatrudnienia),
- f) zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
- g) nie jestem objęty/a tym samym rodzajem wsparcia w ramach projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w tym w szczególności Poddziałania 9.1.2 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego,
- h) zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego w tym niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej. Akceptuję, fakt, iż Odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu i/lub brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu.
- i) w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu,
- j) w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie zobowiązuję się do przekazania informacji nt. mojej sytuacji po opuszczeniu projektu, tj.:
 - w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji,
 - w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy,
 - do trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności społecznej i efektywności zatrudnieniowej.



2. Oświadczam, że jestem:

- a) Osobą zamieszkujejącą na terenie **miasta Krakowa lub powiatu krakowskiego**,
- b) Osobą spełniającą kryteria kwalifikowalności do udziału w projekcie. Potwierdzam przynależność do grupy docelowej zgodnie z definicją osób zagrożonych lub wykluczonych społecznie tj. jestem;
 - osobą lub rodziną korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej i/lub*;
 - osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. *o zatrudnieniu socjalnym i/lub*;
 - osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej i/lub*;
 - osobą z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 *i/lub*;
 - rodziną z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością *i/lub*;
 - osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.) *i/lub*;
 - osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomocy Żywnościowej (PO PŻ).

3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na:

1. przetwarzanie moich danych osobowych w tym tzw. danych wrażliwych, zgodnie z Rozporządzeniem 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 oraz zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r., Dz. U. 2018, poz. 1000 do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wsparcia, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez *Institut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informatycznych InBIT sp. z o.o.* z obowiązków wobec Instytucji Pośredniczącej (Małopolskim Centrum Przedsiębiorczości w Krakowie) wynikających z umowy nr **RPMP.09.01.02-12-0253/17-00**. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania,
2. przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących informacje wymienione w punkcie 1, przez Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości w Krakowie lub podmiot przez niego upoważniony zgodnie z Rozporządzeniem 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 oraz zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r., Dz. U. 2018, poz. 1000, do celów



sprawozdawczych z realizacji form wsparcia, w których brałam/em udział oraz monitoringu i ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020,

3. przetwarzanie mojego wizerunku w dokumentacji fotograficznej i filmowej tworzonej na potrzeby realizacji projektu.

1. **Oświadczam, iż:**

1. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, przetwarzania przez Instytut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informatycznych InBIT sp. z o.o. oraz Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości w Krakowie.
2. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, przetwarzania przez Instytut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informatycznych InBIT sp. z o.o. oraz Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości w Krakowie.
3. Zostałem poinformowany, iż Administratorem w ramach zbioru danych pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków oraz „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata

Ja, niżej podpisany/-a deklaruję:

1. uczestnictwo w projekcie „Aktywni - Efektywni” realizowanym przez Instytut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informatycznych InBIT sp. z o.o., po pozytywnym przejściu procesu rekrutacji,
2. udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu,
3. czynny udział w formach wsparcia wynikających z Indywidualnego Planu Działania.

Niniejszym oświadczam, że ww. dane w formularzu i oświadczeniach są zgodne z prawdą i zobowiązuje się do bezzwłocznego informowania o ich zmianie.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata

Wymagane załączniki:

1. Oświadczenie o wyrażeniu **zgody na przetwarzanie danych osobowych** – załącznik nr 1;
2. **Zaświadczenie z urzędu pracy** w przypadku osób zarejestrowanych jako bezrobotne (jeśli dotyczy);
3. **Orzeczenie o niepełnosprawności** lub zaświadczenie lekarskie w przypadku osób z niepełnosprawnościami lub członka rodziny lub opiekuna sprawującego opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnościami (jeśli dotyczy);
4. **Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej (OPS)** w przypadku osób korzystających lub członka rodziny korzystającej ze świadczeń pomocy społecznej (jeśli dotyczy).