



Wypełnia Biuro Projektu:

Data wpływu formularza zgłoszeniowego:

Podpis osoby przyjmującej formularz:

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIA do udziału w projekcie „Mam zawód – mam pracę”

Prosimy o wypełnienie formularza zgłoszeniowego czytelnie, drukowanymi literami. Wypełniony i podpisany formularz proszę złożyć w Biurze Projektu (adres: **OPTIMA HRS, ul. Piękna 5 lok. 22, 15-282 Białystok**) lub przesłać do Biura Projektu pocztą lub wysłać mailem na adres: staz@optimahrs.pl

DANE OSOBOWE:			
imię (imiona)			
nazwisko			
płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
data urodzenia		wiek	
PESEL		miejsce urodzenia	
wykształcenie (zaznaczyć najwyższy posiadany poziom wykształcenia)	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe	
DANE KONTAKTOWE – Adres zamieszkania:			
miejsowość		kod pocztowy	
ulica			
nr domu		nr lokalu	
gmina		powiat	
województwo			
telefon komórkowy		telefon stacjonarny	
adres poczty elektronicznej			
STATUS NA RYNKU PRACY:			
osoba pracująca	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
osoba niepracująca (*jeżeli tak proszę zaznaczyć właściwe pole)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:		
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> ucząca się		



INFORMACJE DODATKOWE:

Oświadczam, że jestem uczniem:	<input type="checkbox"/> Akademickiej Policealnej Szkoły Medycznej w Białymstoku			
Oświadczam, że uczę się na kierunku:	<input type="checkbox"/> Technik usług kosmetycznych <input type="checkbox"/> Technik farmaceutyczny <input type="checkbox"/> Technik sterylizacji medycznej		<input type="checkbox"/> Technik masażysta <input type="checkbox"/> Opiekun Medyczny <input type="checkbox"/> Inny (proszę podać kierunek)	
W/w kierunek jest:	<input type="checkbox"/> jednoroczny	<input type="checkbox"/> dwuletni	<input type="checkbox"/> dwuipółletni	
Obecnie uczę się na semestrze:	<input type="checkbox"/> pierwszym	<input type="checkbox"/> drugim	<input type="checkbox"/> trzecim	<input type="checkbox"/> czwartym <input type="checkbox"/> piątym
Planowany miesiąc i rok ukończenia szkoły:				
Osoba z niepełnosprawnością¹:	<input type="checkbox"/> tak, stopień	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi	
Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> wsparcie asystenta	<input type="checkbox"/> tłumacz PJM	<input type="checkbox"/> inne (proszę podać jakie)	
W ramach nauki w szkole odbyłam/em praktyki/staże 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 (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, stanowiska, nazwy pracodawcy):				
.....				

OŚWIADCZENIA:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z zasadami udziału w projekcie „Mam zawód – mam pracę” zawartymi w *Regulaminie uczestnictwa w projekcie* i akceptuję wszystkie jego warunki,
2. zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Mam zawód – mam pracę” i wsparcie udzielone w ramach projektu jest współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
3. wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa (z własnej inicjatywy) w projekcie „Mam zawód – mam pracę” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym,
4. akceptuję fakt, iż złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z przyjęciem mnie do projektu.

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



- W przypadku nie zakwalifikowania mnie do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Organizatora Projektu,
5. w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym Organizatora Projektu,
 6. zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dot. mojego stanu niepełnosprawności,
 7. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie statusu na rynku pracy,
 8. 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,
 9. jestem świadomy, że kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 (Art. 233 § 1 KK).

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. „Mam zawód – mam pracę” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do czynności przetwarzania/procesów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 jest Województwo Podlaskie reprezentowane przez Marszałka oraz Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl). Natomiast w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych administratorem jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, tel.: +48 (22) 25 00 130, e-mail: kancelaria@miir.gov.pl);
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 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 „Mam zawód – mam pracę”, 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 „Mam zawód – mam pracę”, 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 uznaję, 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.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis