

WAŻNE INFORMACJE

Pakiet rekrutacyjny zawiera następujące dokumenty:

1. FORMULARZ REKRUTACYJNY
2. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

Wszystkie wskazane w niniejszych dokumentach dane są poufne i mają na celu udzielenie odpowiedniego wsparcia w ramach projektu pt. „Jesteś tego warta! Program holistycznej terapii i rehabilitacji dla kobiet z nowotworem piersi” dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej. Ich podanie jest dobrowolne, jednak konieczne by uzyskać bezpłatne wsparcie, co wynika z Wytycznych Komisji Europejskiej.

Dostęp do danych zawartych w niniejszym formularzu będzie miał wyłącznie personel upoważniony na podstawie umowy o dofinansowanie zwartej przez NZOZ PL „SANUS” Sp. z o.o. z Urzędem Marszałkowskim Województwa Śląskiego.

WYPEŁNIONE DOKUMENTY PROSIMY PRZESŁAĆ SKANEM NA ADRES:

-> e-mail: projekt@sanuszabrze.pl

-> adres biura projektu/biura rekrutacji: 41-800 Zabrze, ul. Wolności 182

-> lub dostarczyć osobiście

FORMULARZ REKRUTACYJNY

| | |
|-----------------------|---|
| Numer projektu | WND-RPSL.09.02.06-24-0685/17-00 |
| Tytuł projektu | „Jesteś tego warta! Program holistycznej terapii i rehabilitacji dla kobiet z nowotworem piersi” |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| Imię: | | Nazwisko: | | | |
| PESEL: | | Płeć: | K / M | Wiek w latach: | |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie/ Data zakończenia udziału w projekcie | | |/..... | | |
| Osoba z niepełnosprawnością - Proszę zaznaczyć właściwe: | | | tak/nie/odmawiam podania danych | | |
| Adres zamieszkania | | | Dane do kontaktu (proszę wypełnić przynajmniej jedno pole) | | |
| ul. i numer | | Telefon | | | |
| miescowosc | | e-mail | | | |
| kod pocztowy | | Poziom wykształcenia zaznacz „X” właściwe | | | |
| powiat | | | | | |
| gmina | | niższe niż podstawowe, (ISCED 0) | | | |
| województwo | | podstawowe, (ISCED 1) | | | |
| Obszar zaznacz „X” właściwe | obszary miejskie o liczbie ludności powyżej 50 000 mieszkańców | | gimnazjalne, (ISCED 2) | | |
| | obszary miejskie o liczbie ludności 50 000 - 20 000 mieszkańców | | zawodowe (ISCED 2) | | |
| | obszary miejskie o liczbie ludności 20 000 – 5 000 mieszkańców | | ponadgimnazjalne (ISCED 3) | | |
| | obszary wiejskie o liczbie ludności mniejszej niż 5 000 i małej gęstości zaludnienia) | | policealne (ISCED 4) | | |
| | | | wyższe (ISCED 5-8) | | |
| Oświadczenia: zaznacz prawidłową odpowiedź | | | | | |
| Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, jestem migrantem, osobą obcego pochodzenia | | | | tak/nie/odmawiam podania danych | |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | tak/nie | |
| Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | | | | tak/nie | |
| Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | | | | tak/nie | |
| Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | | | | tak/nie | |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej - pochodzenie z obszarów wiejskich, byli więźniowie, narkomani itp.) | | | | tak/nie/odmawiam podania danych | |

| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu zaznacz prawidłową odpowiedź | |
|---|----------------|
| 1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: | tak/nie |
| • długotrwale bezrobotna | tak/nie |
| • inne | tak/nie |
| 2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: | tak/nie |
| • długotrwale bezrobotna | tak/nie |
| • inne | tak/nie |
| 3. Bierna zawodowo, w tym: | tak/nie |
| • osoba ucząca się | tak/nie |
| • osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | tak/nie |
| • inne | tak/nie |
| 4. Osoba pracująca, w tym: | tak/nie |
| • osoba pracująca w administracji rządowej | tak/nie |
| • osoba pracująca w administracji samorządowej | tak/nie |
| • osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | tak/nie |
| • osoba pracująca w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (MMŚP) | tak/nie |
| • osoba pracująca w organizacji pozarządowej | tak/nie |
| • osoba prowadząca działalność na własny rachunek | tak/nie |
| • inne | tak/nie |
| 5. Wykonywany zawód oraz Nazwa zakładu pracy , w którym jestem zatrudniona/y (dla osób zatrudnionych) | |
| | |
| Ankieta rekrutacyjna – prosimy o zaznaczenie odpowiedzi X jeśli dotyczy | |
| Oświadczam, iż nigdy nie przebyłam rehabilitacji z NFZ (dodatkowe 3 pkt w rekrutacji) | tak/nie |
| Oświadczam, iż prowadzę samodzielnie gospodarstwo domowe (dodatkowe 2 pkt w rekrutacji) | tak/nie |
| Oświadczam, iż jestem bez pracy/osobą bezrobotną (dodatkowe 2 pkt w rekrutacji) | tak/nie |
| 1. Oświadczam, że: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w w/w projekcie i wyrażam wolę na uczestnictwo w nim, • zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie, • nie skorzystam z takiego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych ze środków UE, w czasie trwania projektu. • zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, • wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. | |
| 2. Oświadczam, że spełniam wszystkie z poniższych warunków: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • jestem osobą mieszkającą/kształcąca się/pracującą na terenie województwa śląskiego w wieku powyżej 20 lat, • jestem osobą po przebytych zabiegu chirurgicznym związanym z nowotworem piersi i zakończonej hospitalizacji, • nie korzystałam i nie korzystam równoległe z udziału w refundowanych formach wsparcia dla kobiet z nowotworem piersi. | |

- jestem osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym ze względu na przewlekłą chorobę, stan zdrowia/niepełnosprawność
- 3. Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą i wiem, że ciąży na mnie odpowiedzialność za składanie danych nieprawdziwych
- 4. Deklaruję dobrowolną chęć przystąpienia z dniem dzisiejszym, z własnej inicjatywy, w charakterze Uczestnika/czki do projektu i niniejsze dokumenty stanowią **deklarację uczestnictwa w projekcie.**

.....
data, podpis

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. . „*Jesteś tego warta! Program holistycznej terapii i rehabilitacji dla kobiet z nowotworem piersi*” przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: daneosobowe@slaskie.pl.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
 - udzielenia wsparcia
 - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
 - monitoringu
 - ewaluacji
 - kontroli
 - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
 - sprawozdawczości
 - rozliczenia projektu
 - zachowania trwałości projektu
 - archiwizacji.
- 4) Podstawą 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej: RODO), wynikający z:
 - a) art. 125 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
 - b) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - **NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "SANUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** z siedzibą przy ulicy Wolności 182, 41-800 Zabrze (nazwa i adres Beneficjenta).
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

** Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu)

- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

- ~~1) 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, potwierdzone stosownym dokumentem*.~~
- ~~2) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem*.~~
- 3) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu