|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formularz zgłoszeniowy do projektu**  **„Domowy system opieki w gminie Tarłów i Wojciechowice”**  **realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny**  **Działanie** **RPSW.08.01.00 Równość mężczyzn i kobiet we wszystkich dziedzinach, w tym dostęp do zatrudnienia, rozwój kariery, godzenie życia zawodowego i prywatnego**  **Poddziałanie RPSW.08.01.01 Zwiększenie dostępu do opieki nad dziećmi do lat 3**  **(projekty konkursowe)**  **okres realizacji od 2017-08-01 do 2019-07-31** | | | |
| **Część I**  **dane rodzica/ opiekuna prawnego dziecka do lat 3\***  \* niepotrzebne skreślić  **sprawującego opiekę nad: ……………………………………………………………………………….**  (imię i nazwisko dziecka do lat 3) | | | |
|  | **Kraj** |  | |
|  | **Rodzaj uczestnika** | indywidualny/pracownik lub przedstawiciel instytucji lub podmiotu | |
|  | **Nazwa instytucji** |  | |
|  | **Imię (imiona)** |  | |
|  | **Nazwisko** |  | |
|  | **Pesel** |  | |
|  | **Data i miejsce urodzenia** |  | |
|  | **Płeć** | kobieta/ mężczyzna\*  \* niepotrzebne skreślić | |
| 1. w | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  | |
|  | **Obywatelstwo** |  | |
|  | **Wykształcenie** | niższe niż podstawowe (ISCED0)/ podstawowe (ISCED1)/ gimnazjalne (ISCED2)/ ponadgimnazjalne (ISCED3)/ policealne (ISCED4)/ wyższe (ISCED5-8)\*  \* niepotrzebne skreślić | |
|  | **Obszar** | miejski/ wiejski\*  \* niepotrzebne skreślić | |
|  | **Adres zamieszkania** | Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Kod pocztowy: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr budynku: | Nr lokalu: |
| **Część II**  **dane dziecka do lat 3** | | | |
|  | **Imię (imiona)** |  | |
|  | **Nazwisko** |  | |
|  | **Pesel** |  | |
|  | **Data i miejsce urodzenia** |  | |
|  | **Płeć** | kobieta/ mężczyzna\*  \* niepotrzebne skreślić | |
| 1. w | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  | |
|  | **Obywatelstwo** |  | |
|  | **Obszar** | miejski/ wiejski\*  \* niepotrzebne skreślić | |
|  | **Adres zamieszkania** | Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Kod pocztowy: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr budynku: | Nr lokalu: |
| **Część III**  **status na rynku pracy i informacje dodatkowe rodzica/ opiekuna prawnego**  **dziecka do lat 3** | | | |
|  | **Telefon kontaktowy** | Tel. stacjonarny: | Tel. komórkowy: |
|  | **Adres poczty elektroniczne**  **(e-mail)** |  | |
|  | **Data rozpoczęcia udziału w projekcie** |  | |
|  | **Data zakończenia udziału w projekcie** |  | |
|  | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu\*\***  \*\* właściwe zaznaczyć | Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * osoba długotrwale bezrobotna * inne |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * osoba długotrwale bezrobotna * inne |
| Osoba bierna zawodowo | * inne * osoba ucząca się * osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| Osoba pracująca | * osoba pracująca w administracji rządowej * osoba pracująca w administracji samorządowej * inne * osoba pracująca w MMŚP * osoba pracująca w organizacji pozarządowej * osoba prowadząca działalność na własny rachunek * osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |
|  | **Wykonywany zawód\*\***  (w przypadku zaznaczenia opcji w poprzednim zdaniu w części „osoba pracująca”)  \*\* właściwe zaznaczyć | * inny * 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 systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej * pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej * pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej * rolnik | |
|  | **Zatrudniony w:** |  | |
|  | **Osoba z niepełnosprawnościami** | TAK/ NIE / odmowa podania informacji\*  \* niepotrzebne skreślić | |
|  | **Osoba zależna (niesamodzielna)** | TAK/ NIE\*  \* niepotrzebne skreślić | |
|  | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | TAK/ NIE / odmowa podania informacji\*  \* niepotrzebne skreślić | |
|  | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | TAK/ NIE\*  \* niepotrzebne skreślić | |
|  | **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących**  W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (wypełnić w przypadku zaznaczenia opcji TAK w poprzednim zdaniu) | TAK/ NIE\*  \* niepotrzebne skreślić  TAK/ NIE\*  \* niepotrzebne skreślić | |
|  | **Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** | TAK/ NIE\*  \* niepotrzebne skreślić | |
|  | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)** | TAK/ NIE / odmowa podania informacji\*  \* niepotrzebne skreślić | |
|  | **Źródło informacji o projekcie\*\***  \*\* właściwe zaznaczyć | * Powiatowy Urząd Pracy * ogłoszenie w prasie * strona www * plakat * ulotka * przekaz słowny * inne (jakie)………………………………………. | |
|  | **Data rozpoczęcia udziału we wsparciu** |  | |
|  | **Data zakończenia udziału we wsparciu** |  | |
|  | **Oświadczam, że:**   1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane podane w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. 2. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, do celów związanych z realizacją projektu: tj. rekrutacją, monitoringiem, ewaluacją, sprawozdawczością i kontrolą projektu pn. „Domowy system opieki w Gminie Tarłów i Wojciechowice”. 3. Oświadczam także, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. „Domowy system opieki w Gminie Tarłów i Wojciechowice” jest finansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Jednocześnie oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. 4. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych dla potrzeb projektu. 5. Wyrażam zgodę na obowiązek przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie zgodnie z zakresem danych „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020” (dotyczy wskaźników rezultatu). | | |
|  | **Data i czytelny podpis uczestnika** |  | |

**OŚWIADCZENIE O PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU**

Ja niżej podpisany/a .......................................................................................... (imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego dziecka do lat 3)

zamieszkały/a ..........................................................................................

Nr PESEL ...........................................................................................

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie pn. „Domowy system opieki w Gminie Tarłów i Wojciechowice” realizowanym przez Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Zespołu Szkół w Ożarowie im. Marii Skłodowskiej- Curie na podstawie Umowy nr: RPSW.08.01.01-26-0002/17-00.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż projekt ten jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa RPSW.08.00.00 Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo, Działanie RPSW.08.01.00 Równość mężczyzn i kobiet we wszystkich dziedzinach, w tym do zatrudnienia, rozwój kariery, godzenie życia zawodowego i prywatnego, Poddziałanie RPSW.08.01.01 Zwiększenie dostępu do opieki nad dziećmi do lat 3 (projekty konkursowe).

…………………………….. …………………………….. …………………...……………………..

(Miejscowość) (Data: dd/ mm/ rrrr) (Podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. *„Domowy system opieki w Gminie Tarłów i Wojciechowice”* oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
  2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
  3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu *„Domowy system opieki w Gminie Tarłów i Wojciechowice”* ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu;
  4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt -*Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Zespołu Szkół w Ożarowie im. Marii Skłodowskiej – Curie , Osiedle Wzgórze 56, 27-530 Ożarów* oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu-……………………….……………..………………………………………. (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPO WŚ;
  5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
  6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ……………………………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)\** |

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH   
I WYKORZYSTANIE WIZERUNKU NA POTRZEBY REALIZACJI PROJEKTU „Domowy System Opieki w Gminie Tarłów i Wojciechowice”**

Dotyczą dziecka: ………………………………………………… Ożarów, dn. ………………

Oświadczam, że zgodnie z ustawą z dnia 20 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych rodziny, w tym dziecka przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Zespołu Szkół im. Marii Skłodowskiej – Curie w okresie jego realizacji projektu „Domowy System Opieki w Gminie Tarłów i Wojciechowice” do celów dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych oraz prowadzenia dokumentacji w ramach realizacji projektu.

……………………………………………………

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Zespołu Szkół im. Marii Skłodowskiej – Curie do promowania działań związanych z realizacją projektu do celów dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych poprzez upowszechnianie zdjęć oraz materiałów filmowych (ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych Dz. U. z 2006 r., Nr 90, poz. 631, z późn. zm.) w okresie realizacji projektu „Domowy System Opieki w Gminie Tarłów i Wojciechowice”

……………………………………………………

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wyjściach, wyjazdach i wycieczkach realizowanych przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Zespołu Szkół im. Marii Skłodowskiej – Curie w okresie realizacji projektu „Domowy System Opieki w Gminie Tarłów i Wojciechowice”.

……………………………………………………

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

1. [↑](#footnote-ref-1)