



Formularz zgłoszeniowy do projektu „Wydłużenie aktywności zawodowej pracowników JST w gminach powiatu kieleckiego” (Gmina Masłów)		
Dane personalne		
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Pesel	
4.	Data urodzenia	
5.	Płeć	kobieta / mężczyzna*
6.	Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezzaścnowoic
7.	Adres zamieszkania	
8.	Miejscowość	
9.	Gmina	
10.	Kod pocztowy	
11.	Powiat	
12.	Województwo	
13.	Telefon kontaktowy	
14.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
15.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe lub brak wykształcenia <input type="checkbox"/> podstawowe (ukończona 6-letnia szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ukończone 3-letnie gimnazjum lub 8-letnia szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (szkoła średnia-wykształcenie średnie ogólnokształcące/techniczne lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe



16.	<p>Oświadczam, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Jestem pracownikiem Urzędu Gminy Masłów lub jednostki podległej (Biblioteka, Gminny Ośrodek Kultury, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, Żłobek, Centrum Usług Wspólnych, Szkoła Masłów Pierwszy, Szkoła Brzezinki, Szkoła Mąchocice Kapitulne, Szkoła Wola Kopcowa, Szkoła Mąchocice) b) Zostałem/-am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą. c) Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną; d) Zostałem/-am poinformowany/na, że projekt będzie realizowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus; e) Zobowiązuję się do dostarczenia w momencie przystąpienia do projektu oświadczenia o nieotrzymywaniu jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu wsparcia zdrowotnego pracowników dofinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus; f) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych, zawartych w niniejszym Formularzu, do celów rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. z 2019 r, poz. 1781 oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE. L. z 2016r. Nr 119) g) Zapoznałem/-am się z informacjami wynikających z art. 13 i 14 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją, realizacją i promocją projektu. h) Zapoznałem/-am się z zasadami udziału w projekcie „Wydłużenie aktywności zawodowej pracowników JST w gminach powiatu kieleckiego” zawartymi w Regulaminie Projektu oraz w pełni akceptuję jego zapisy. i) Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie „Wydłużenie aktywności zawodowej pracowników JST w gminach powiatu kieleckiego”, Realizator Projektu, będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnej.
Kryteria rekrutacyjne	
17.	<p>Pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że (proszę zaznaczyć <u>każdą</u> kategorię, która dotyczy):</p>
<p>Kryteria obligatoryjne (zaznaczyć właściwe):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Urzędu Gminy Masłów; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Biblioteki; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Gminnego Ośrodka Kultury; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Żłobka; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Centrum Usług Wspólnych; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Szkoły Masłów Pierwszy; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Szkoły Brzezinki; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Szkoły Mąchocice Kapitulne; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Szkoły Wola Kopcowa; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Szkoły Mąchocice; 	



Kryteria dodatkowe (zaznaczyć jeśli dotyczy):

- Osoba z niepełnosprawnością - w przypadku zaznaczenia tego pola należy przedłożyć załącznik: orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.).
- Osoba, w wieku 50+

Status Kandydata/-tki w chwili przystąpienia do projektu

18.	Osoba należy do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
19.	Osoba z krajów trzecich	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>(w przypadku odpowiedzi „TAK” należy dołączyć dokument upoważniający do pobytu i pracy np. wiza, karta pobytu (czasowego, stałego lub rezydenta długoterminowego UE) lub dokument potwierdzający objęcie ochroną)</i>
20.	Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
21.	Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>(w przypadku odpowiedzi „TAK” należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności/o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia)</i>
22.	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>(w przypadku odpowiedzi „TAK” należy dołączyć dokument upoważniający do pobytu i pracy np. wiza, karta pobytu (czasowego, stałego lub rezydenta długoterminowego UE) lub dokument potwierdzający objęcie ochroną / dokument potwierdzający tożsamość i obywatelstwo / zaświadczenie o zarejestrowaniu pobytu obywatela UE)</i>
23.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>(należy zaznaczyć TAK w przypadku zamieszkiwania na obszarze wiejskim)</i>

Deklaruję uczestnictwo w następujących formach wsparcia:

24.	<p><u>Wsparcie obowiązkowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poszerzona diagnostyka poza podstawowymi badaniami profilaktycznymi – badania krwi • Konsultacja lekarska wyników badań • Konsultacje indywidualne z fizjoterapeutą – 1h • Warsztaty zdrowego stylu życia i właściwego odżywiania – 6h • Warsztaty wspierające równe traktowanie i niedyskryminację wśród pracowników – 6h • Warsztaty radzenia sobie ze stresem – 6h
-----	--



	<ul style="list-style-type: none"> • Warsztaty z zakresu profilaktyki chorób cywilizacyjnych – 6h <p><u>Usługi zdrowotne uzależnione od stanu zdrowia na podstawie rekomendacji lekarza i/lub fizjoterapeuty:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pakiet rehabilitacyjny • USG piersi (w przypadku kobiet) • Zajęcia na basenie • Treningi na siłowni
25.	<p>Zgłaszam specjalne potrzeby w zakresie udziału w Projekcie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

*niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 i art. 14 ogólnego rozporządzenia 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 „RODO” (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informujemy, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Centrum Europy Lokalnej, ul. S. Okrzei 41B/40, 25-526 Kielce (e-mail: biuro@fundacja-cel.pl, tel.: 41 230 23 10) wraz z partnerem projektu Business Horizon Sp. z o.o. ul. 1 Maja 191, 25-646 Kielce.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - adres e-mail: biuro@fundacja-cel.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego do projektu „Ergonomia na zdrowie w Gminie Miedziana Góra”.
Podanie przez Państwa danych osobowych jest niezbędne, aby uczestniczyć w postępowaniu rekrutacyjnym. Odbiorcami danych osobowych są: upoważnieni pracownicy Administratora; podmioty, którym należy udostępnić dane osobowe w celu wykonania obowiązku prawnego, a także podmioty, którym dane zostaną powierzone do zrealizowania celów przetwarzania.
- 4) Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji projektu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
- 5) Posiada Pani/Pan prawo do:
 - dostępu do danych oraz prawo ich sprostowania;
 - usunięcia danych, ale wniesienie żądania usunięcia danych jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w procesie rekrutacji;
 - ograniczenia przetwarzania danych w przypadkach określonych w art. 18 RODO;
- 6) W trakcie przetwarzania danych na potrzeby procesu rekrutacji nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych w procesie rekrutacji narusza przepisy RODO.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis