



Formularz zgłoszeniowy do projektu „Ergonomia na zdrowie w Gminie Miedziana Góra”		
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/ bezpaństwowiec
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 Miedziana Góra lub jednostki podległej (Biblioteka Publiczna, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, Zakład Gospodarki Komunalnej) 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 „Ergonomia na zdrowie w Gminie Miedziana Góra” 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 „Ergonomia na zdrowie w Gminie Miedziana Góra”, 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><u>Kryteria obligatoryjne (zaznaczyć właściwe):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Urzędu Gminy Miedziana Góra; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Biblioteki Publicznej; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej; <input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Zakładu Gospodarki Komunalnej; <p><u>Kryteria dodatkowe (zaznaczyć jeśli dotyczy):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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.). <input type="checkbox"/> 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 • Pakiet rehabilitacyjny -10 zabiegów • Warsztaty zdrowego stylu życia i właściwego odżywiania – 6h • Warsztaty wspierające równe traktowanie i niedyskryminację – 6h • Warsztaty radzenia sobie ze stresem – 6h • Warsztaty z zakresu ergonomii i higieny pracy – 6h <p><u>Usługi zdrowotne uzależnione od stanu zdrowia na podstawie rekomendacji lekarza i/lub fizjoterapeuty:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poszerzona diagnostyka u specjalisty/-ów • Zajęcia na basenie • Treningi na siłowni • Wizyty w grocie solnej • Wyjazd leczniczy do tężni solankowej 	



25.	Zgłaszam specjalne potrzeby w zakresie udziału w Projekcie (wypełnić jeśli dotyczy):
-----	---

*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