



## Formularz zgłoszeniowy do projektu „Zdrowy urzędnik - wsparcie profilaktyki zdrowotnej dla świętokrzyskich gmin” (gmina Sadowie)

### 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><b>Oświadczam, że:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Jestem pracownikiem Urzędu Gminy Sadowie lub jednostki podległej</li> <li>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.</li> <li>c) Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną;</li> <li>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;</li> <li>e) Zobowiązuje 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;</li> <li>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)</li> <li>g) Zapoznałem/-am się z informacjami wynikającymi 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.</li> <li>h) Zapoznałem/-am się z zasadami udziału w projekcie „Zdrowy urzędnik - wsparcie profilaktyki zdrowotnej dla świętokrzyskich gmin” zawartymi w Regulaminie Projektu oraz w pełni akceptuję jego zapisy.</li> <li>i) Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie „Zdrowy urzędnik - wsparcie profilaktyki zdrowotnej dla świętokrzyskich gmin”, Realizator Projektu, będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnej.</li> </ul>
<b>Kryteria rekrutacyjne</b>	
17.	<p><b>Pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że (proszę zaznaczyć <u>każdą</u> kategorię, która dotyczy):</b></p> <p><u>Kryteria obligatoryjne (zaznaczyć właściwe):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Urzędu Gminy Sadowie;</li> <li><input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem GOK Sadowie;</li> <li><input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem GOPS Sadowie;</li> <li><input type="checkbox"/> Jestem pracownikiem Szkoły Podstawowej;</li> </ul> <p><u>Kryteria dodatkowe (zaznaczyć jeśli dotyczy):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><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.).</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba, w wieku 50+</li> </ul>



Status Kandydata/-tki w chwili przystąpienia do projektu	
18.	<p><b>Osoba należy do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych</b></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p>
19.	<p><b>Osoba z krajów trzecich</b></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><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></p>
20.	<p><b>Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p>
21.	<p><b>Osoba z niepełnosprawnością</b></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><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></p>
22.	<p><b>Osoba obcego pochodzenia</b></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><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></p>
23.	<p><b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji</b></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>(należy zaznaczyć TAK w przypadku zamieszkiwania na obszarze wiejskim)</i></p>
Deklaruję uczestnictwo w następujących formach wsparcia:	
24.	<p><u>Wsparcie obowiązkowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Badania profilaktyczne</li> <li>• Konsultacja lekarska wyników badań</li> <li>• Konsultacje indywidualne z fizjoterapeutą</li> <li>• Warsztaty zdrowego stylu życia i właściwego odżywiania – 6h</li> <li>• Warsztaty wspierające równe traktowanie i niedyskryminację – 6h</li> <li>• Warsztaty radzenia sobie ze stresem – 6h</li> <li>• Warsztaty profilaktyczne chorób cywilizacyjnych – 6h</li> </ul> <p><u>Usługi zdrowotne uzależnione od stanu zdrowia na podstawie rekomendacji lekarza i/lub fizjoterapeuty:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• USG piersi (w przypadku kobiet)</li> <li>• Cytologia (w przypadku kobiet)</li> <li>• Badanie PSA (w przypadku mężczyzn 50+)</li> <li>• Pakiet rehabilitacyjny - 10 zabiegów</li> <li>• Zajęcia na basenie</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treningi na siłowni</li> </ul>
25.	<p><b>Zgłaszam specjalne potrzeby w zakresie udziału w Projekcie:</b></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 Business Horizon Sp. z o.o. ul. 1 Maja 191, 25-646 Kielce (e-mail: biuro@horyzontybiznesu.pl, tel.: 720 802 087) wraz z partnerem projektu Fundacja Centrum Europy Lokalnej, ul. S. Okrzei 41B/40, 25-526 Kielce.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - adres e-mail: biuro@horyzontybiznesu.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego do projektu „Zdrowy urzędnik - wsparcie profilaktyki zdrowotnej dla świętokrzyskich gmin”.  
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*