Załącznik nr 1

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

**KURS SPECJALISTYCZNY "LECZENIE RAN" DLA KADRY Z PODREGIONU BIELSKIEGO**

**„Podstawowa opieka zdrowotna fundamentem efektywnej opieki nad pacjentem**

**z raną przewlekłą”**

|  |  |
| --- | --- |
| **(WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE)** | |
| **NR FORMULARZA** | **DATA WPŁYWU** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **UWAGA!!!**  Niniejszy Formularz należy wypełnić drukowanymi literami w języku polskim we wszystkich wymaganych polach – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie. |

1. **DANE KANDYDATA/KANDYDATKI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **DANE PODSTAWOWE** | **Imię(imiona)** |  | |
| **Nazwisko** |  | |
| **Data urodzenia** |  | |
| **PESEL** |  | |
| **Płeć** | **Kobieta Mężczyzna** | |
| **2.** | **ADRES ZAMIESZKANIA** | **Ulica** |  | |
| **Nr domu** |  | |
| **Nr lokalu** |  | |
| **Miejscowość** |  | |
| **Kod pocztowy** |  | |
| **Gmina** |  | |
| **Powiat** |  | |
| **Województwo** |  | |
| **3.** | **ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania wskazany powyżej)** | **Ulica** |  | |
| **Nr domu** |  | |
| **Nr lokalu** |  | |
| **Miejscowość** |  | |
| **Kod pocztowy** |  | |
| **Gmina** |  | |
| **Powiat** |  | |
| **Województwo** |  | |
| **4.** | **DANE KONTAKTOWE (inne niż adres zamieszkania)** | **Numer telefonu**1 |  | |
| **Adres e-mail** |  | |
| **5.** | **WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć najwyższy posiadany poziom wykształcenia** | Niższe niż podstawowe**2**  Podstawowe  Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne – średnie  Pomaturalne**3**  Wyższe**4** | | |
| **6.** | **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO** | Osoba bezrobotna**5** zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów  pracy  Osoba bierna zawodowo**7**  Osoba pracująca**8** | | |
| **7.** | **WYKONYWANY ZAWÓD**  (dot. wyłącznie osób pracujących) |  | | |
| **8.** | **ZATRUDNIONY/**  **ZATRUDNIONA W:** (należy wpisać nazwę instytucji/  przedsiębiorstwa) | **Nazwa instytucji:** | |  |
| **NIP:** | |  |
| **Ulica** | |  |
| **Nr domu** | |  |
| **Nr lokalu** | |  |
| **Miejscowość** | |  |
| **Kod pocztowy** | |  |
| **Telefon kontaktowy** | |  |
| **Adres e-mail** | |  |
| **9** | **Migrant** | TAK  NIE  Odmowa podania informacji | | |
| **10** | **Informacja o bezdomności** | TAK  NIE | | |
| **11** | **Osoba z niepełnosprawnościami** | TAK  NIE  Odmowa podania informacji | | |
| **12** | **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu** | TAK  NIE | | |
| **13** | **Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** | TAK  NIE | | |
| **14** | **Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)** | TAK  NIE  Odmowa podania informacji | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **15** | **Szczegóły wsparcia dla delegujących i osób delegowanych do projektu**  (wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie) | Rodzaj przyznanego wsparcia:  szkolenie  Data rozpoczęcia udziału w projekcie: ………………………………  Data zakończenia udziału w projekcie: …………………………….. |

**(Pole obowiązkowe! W przypadku braku osobistego numeru telefonu, należy wskazać numer należący do innej osoby, która umożliwi nawiązanie kontaktu z Kandydatem)**

**2** Osoba, która nie posiada wykształcenia podstawowego w zależności od tego, czy ukończyła zwyczajowo przyjęty wiek na zakończenie edukacji na poziomie wykształcenia podstawowego:

a) osoba, która posiada wiek poniżej zwyczajowo przyjętego wieku na zakończenie edukacji na poziomie podstawowym, powinna być przypisana do poziomu wykształcenia podstawowego;

b) osoba, która posiada wiek powyżej zwyczajowo przyjętego wieku na zakończenie edukacji na poziomie wykształcenia podstawowego, powinna być przypisana do poziomu wykształcenia niższego niż podstawowe,

**3** Wykształcenie „pomaturalne” – osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych,

**4** Wykształcenie wyższe - osoby, które posiadają wykształcenie wyższe (uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora), także osoby, które ukończyły studia podyplomowe.

**5**Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia; w tym osoba, która nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego.

**6** Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:

- Młodzież (osoby poniżej 25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy.

- Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.

**7** To osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna. Za bierne zawodowo uznaje się m.in. osoby przebywające na urlopie wychowawczym; studentów studiów stacjonarnych.

**8** Za osoby pracujące uznaje się:

1. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową;

2. Członka rodziny bezpłatnie pomagającego osobie prowadzącej działalność gospodarczą;

3. Osobę przebywającą na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim.

1. **KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **TAK** | **NIE** |
| **1.** | Jestem mieszkańcem Bielska -Białej lub pozostałych miast obszaru podregionu bielskiego (powiat bielski, powiat cieszyński, powiat żywiecki). |  |  |
| **2** | Jestem pracownikiem medycznym pracującym w placówkach POZ, opieki długoterminowej, w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych na obszarze podregionu bielskiego. |  |  |
| **3.** | Jestem pracownikiem personelu pielęgniarskiego świadczącego usługi środowiskowe w ramach współpracy z lekarzem POZ - pielęgniarki środowiskowe i opieki długoterminowej |  |  |

**OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG**

**OFEROWANYCH W PROJEKCIE**

Ja (imię i nazwisko)………………………………………………..………………………………………………………………………………

oświadczam, że nie korzystam w ramach innych projektów współfinansowanych z środków UE z pomocy/świadczeń, którymi zostanę objęty w ramach projektu: „Podstawowa opieka zdrowotna fundamentem efektywnej opieki nad pacjentem z raną przewlekłą”.

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

|  |  |
| --- | --- |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.

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

|  |  |
| --- | --- |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |
|  |  |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Podstawowa opieka zdrowotna fundamentem efektywnej opieki nad pacjentem z raną przewlekłą”** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: [kancelaria@slaskie.pl](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: bip.slaskie.pl.
2. Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](file:///C:\Users\idczakt\AppData\Local\Temp\daneosobowe@slaskie.pl).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celuobsługi 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
* odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
* zachowania trwałości projektu
* archiwizacji
* badań i analiz.

1. Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący   
   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:
2. 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;
3. 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.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Konior Clinic Sp. z o.o. Sp. k., z siedzibą w Bielsku-Białej (43-300), ul. Pszenna 11
5. 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, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
6. 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.
7. 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.
8. Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
9. Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
10. 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. 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 I DATA* | *CZYTELNY PODPIS  UCZESTNIKA PROJEKTU\*\** |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Dane wypełniane przez Podmiot upoważniony przez IZ RPO do zbierania danych osobowych uczestników projektu w zbiorze „Dane uczestników projektów RPO WSL 2014-2020”.*** | | |
| Data zakończenia udziału osoby w projekcie | \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ | |
| Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa: | Tak 🞏 Nie 🞏 | |
| **Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie** | Inne |  |
| Nie dotyczy |  |
| Osoba kontynuuje zatrudnienie |  |
| Osoba nabyła kompetencje |  |
| Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie |  |
| Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie |  |
| Osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek |  |
| Osoba poszukująca pracy |  |
| Osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka |  |
| Osoba pracująca / prowadząca działalność na własnych rachunek po przewie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka |  |
| Osoba uzyskała kwalifikacje |  |
| Sytuacja w trakcie monitorowania |  |
| **Sytuacja osoby po 4 tygodniach od zakończenia udziału w projekcie** | Inne |  |
| Nie dotyczy |  |
| Osoba kontynuuje zatrudnienie |  |
| Osoba nabyła kompetencje |  |
| Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie |  |
| Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie |  |
| Osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek |  |
| Osoba poszukująca pracy |  |
| Osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka |  |
| Osoba pracująca / prowadząca działalność na własnych rachunek po przewie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka |  |
| Osoba uzyskała kwalifikacje |  |
| Sytuacja w trakcie monitorowania |  |