

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### Zakres danych osobowych Uczestnika Projektu powierzonych do przetwarzania

Tytuł projektu	Kompleksowe usługi rehabilitacji zdrowotnej dla osób potrzebujących wsparcia w powiecie gliwickim
Nr projektu	WND-RPSL.09.02.06-24-0624/19
Oś priorytetowa	IX. Włączenie społeczne
Działanie	9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne
Poddziałanie	9.2.5 Rozwój usług zdrowotnych - konkurs
Realizujący projekt	OŚRODEK POD WEZWANIEM ŚW. JÓZEFA W GLIWICACH ul. Zygmunta Starego 19 44-100 Gliwice

Na podstawie art. 28 ust. 3 i ust. 9 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), Instytucja Zarządzająca powierza Beneficjentowi do przetwarzania następujący zakres danych:

Dane uczestnika	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Kraj	
	5	Rodzaj uczestnika	
	6	Nazwa Instytucji	
	7	Płeć	
	8	Data urodzenia	
	9	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	10	Wykształcenie	
Dane kontaktowe	11	Kraj	
	12	Województwo	

uczestnika	13	Powiat	
	14	Gmina	
	15	Miejscowość	
	16	Ulica	
	17	Nr budynku	
	18	Nr lokalu	
	19	Kod pocztowy	
	20	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
	21	Telefon kontaktowy	
	22	Adres e-mail	
Szczegóły i rodzaj wsparcia	23	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	24	Data zakończenia udziału w projekcie	
	25	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
	26	Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia	
	27	Wykonywany zawód	
	28	Zatrudniony w	
	29	Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
	30	Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
	31	Inne rezultaty dotyczące osób młodych	
	32	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	
	33	Rodzaj przyznanego wsparcia	
	34	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	

	35	Data zakończenia udziału we wsparciu	
	36	Data założenia działalności gospodarczej	
	37	Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej	
	38	PKD założonej działalności gospodarczej	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	39	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
	40	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
	41	Osoba z niepełnosprawnościami	
	42	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	
	43	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	
	44	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	
	45	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	
46	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu		

Ja niżej  
podpisana/  
y

\_\_\_\_\_ (imię i nazwisko)

**Pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
- Oświadczam, że zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
- Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).

Data	Podpis osoby składającej formularz
.....	.....