

Wpłynęło:

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
Wyższe kwalifikacje, lepsze perspektywy!
dla Uczniów/ Słuchaczy

Nazwa Programu Operacyjnego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020
Nazwa i numer Działania	Działanie 8.6 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia zawodowego
Źródło Finansowania	Europejski Fundusz Społeczny
Nazwa Beneficjenta	COLLEGIUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA CYWILNA ANNA WASIŁEK, GRZEGORZ WASIŁEK
Numer wniosku o dofinansowanie	RPZP.08.06.00-32-K002/19

CZĘŚĆ I DANE PERSONALNE			
Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data i miejsce urodzenia:		Wiek:	
PESEL:			
Adres zamieszkania: ¹			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	
Miejscowość:			
Powiat:			
Województwo:	Zachodniopomorskie		
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			

¹ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. w przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie województwa zachodniopomorskiego, inne podmioty – adres jednostki organizacyjnej w województwie zachodniopomorskim).



CZĘŚĆ II
STATUS UCZESTNIKA

<p>Status ucznia/ słuchacza w Medycznej Szkole Policealnej/ Szkole Policealnej</p>	<p>Proszę zaznaczyć kierunek kształcenia oraz podać datę rozpoczęcia i planowanego zakończenia nauki oraz numer semestru (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)</p>	<p>Oświadczam, że posiadam status Ucznia/ Słuchacza na następującym kierunku kształcenia:</p> <p><input type="checkbox"/> Higienistka Stomatologiczna</p> <p>Semestr: Data rozpoczęcia nauki: Data planowanego zakończenia nauki:</p> <p><input type="checkbox"/> Technik farmaceutyczny</p> <p>Semestr: Data rozpoczęcia nauki: Data planowanego zakończenia nauki:</p> <p><input type="checkbox"/> Technik masażysta</p> <p>Semestr: Data rozpoczęcia nauki: Data planowanego zakończenia nauki:</p> <p><input type="checkbox"/> Technik dentystyczny</p> <p>Semestr: Data rozpoczęcia nauki: Data planowanego zakończenia nauki:</p> <p><input type="checkbox"/> Technik usług kosmetycznych</p> <p>Semestr: Data rozpoczęcia nauki: Data planowanego zakończenia nauki:</p>
<p>Wykształcenie kandydata</p>	<p>Poziom wykształcenia na podstawie ostatniej ukończonej szkoły / uczelni) (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)</p>	<p><input type="checkbox"/> Brak</p> <p><input type="checkbox"/> Podstawowe</p> <p><input type="checkbox"/> Gimnazjalne</p> <p><input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)</p> <p><input type="checkbox"/> Policealne</p> <p><input type="checkbox"/> Wyższe</p>

<p>Status zawodowy kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X):</p> <p><i>(możliwe jest zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi TAK)</i></p>	<p>Osoba bezrobotna²</p>	<input type="checkbox"/> TAK: <input type="checkbox"/> zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> NIE
	<p>Osoba bierna zawodowo³</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>Osoba pracująca⁴</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <p>Jeśli zaznaczono TAK, proszę o wskazanie miejsca zatrudnienia:</p> <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w mikro/ małym/ średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne <p>Zatrudniona/y w (nazwa firmy/przedsiębiorstwa):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Wykonywany zawód - DOTYCZY OSÓB PRACUJĄCYCH</p>	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej

² Osoba bezrobotna – osoba pozostająca bez zatrudnienia, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności (to osoby, które nie są zarejestrowane jako bezrobotne, lecz nie pracują, aktywnie poszukują pracy i są gotowe do podjęcia zatrudnienia) jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne.

³ Osoba bierna zawodowo - osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo)

⁴ Osoba pracująca - osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinie lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracowała ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków :

i. osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstw o nie osiąga zysków ;
 ii. osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np. rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konferencjach lub seminariach);
 iii. osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.

iv. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonują przez siebie pracę w nosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego. Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”. Żołnierze poborowi, którzy wykonywali określoną pracę, za którą otrzymywali wynagrodzenie lub innego rodzaju zysk w czasie tygodnia odniesienia nie są uznawani za „osoby pracujące” – o ile obowiązkowy pobór i powołanie do wojska dotyczy państwa członkowskiego. Osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, gdzie pracodawca zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i okres ten obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem) są uznawane za „osoby pracujące”.

„Zatrudnienie subsydiowane” jest uznawane za „zatrudnienie”.

		<input type="checkbox"/> pracownik poradni psycholog.-pedagogicznej <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> inny
Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba z niepełnosprawnością ⁵	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
	osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. osoba należąca do jednej lub kilku z poniższych grup: i. osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1, ii. byli więźniowie, iii. narkomani, iv. osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, v. <u>osoby z obszarów wiejskich.</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kryteria premiujące (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)	osoba z niepełnosprawnością ⁶ + 15 punktów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osoba bezrobotna lub bierna zawodowo + 5 punktów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

⁵ Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).

⁶ j.w.



Kryteria premiujące (wypełnia sekretariat szkoły)	Średnia ocen kandydata z ostatniego semestru	<input type="checkbox"/> średnia ocen 4,5 lub poniżej – 0 pkt <input type="checkbox"/> średnia ocen powyżej 4,5 – +10pkt <input type="checkbox"/> Nie dotyczy (Uczeń /słuchacz I semestru)
	Podpis osoby wypełniającej:	Frekwencja kandydata na zajęciach z ostatniego semestru <input type="checkbox"/> 90% lub poniżej - 0 pkt <input type="checkbox"/> powyżej 90% - +10pkt <input type="checkbox"/> Nie dotyczy (Uczeń /słuchacz I semestru)

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

OŚWIADCZENIA:

Oświadczam że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie tj. **zamieszkuję/pracuję /uczę się na terenie województwa zachodniopomorskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego** a także jestem Uczniem / Uczennicą / Słuchaczem / Słuchaczką* Medycznej Szkoły Policealnej/ Szkoły Policealnej*, prowadzonych przez COLLEGIUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA CYWILNA ANNA WASIŁEK, GRZEGORZ WASIŁEK ul. Mieszka I 4, 73-110 Stargard na kierunku Higienistka Stomatologiczna/ Technik farmaceutyczny/Technik masażysta/ Technik dentystyczny/ Technik usług kosmetycznych * i jestem zainteresowany/ zainteresowana uczestnictwem we wszystkich formach wsparcia przewidzianych dla mojego kierunku w ramach niniejszego projektu.

*niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

POZOSTAŁE OSWIADCZENIA:

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.

- ✓ Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
- ✓ Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
- ✓ Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
- ✓ Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w celu udokumentowania prowadzonych form wsparcia.

.....
Data i podpis uczestnika

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że **wzięcie udziału w projekcie wiąże się z odbyciem obowiązkowego doradztwa edukacyjno – zawodowego:**

Wymiar godzinowy doradztwa edukacyjno – zawodowego to 2 godziny dydaktyczne.

.....
Data i podpis uczestnika

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że **wzięcie udziału w projekcie wiąże się z odbyciem obowiązkowego stażu zawodowego:**

Wymiar godzinowy stażu wynosi 150 h zegarowych, może być realizowany od poniedziałku do soboty, realizacja stażu w niedzielę i święta ustawowo wolne od pracy jest niedozwolona.

.....
Data i podpis uczestnika

WSTĘPNA OCENA MOTYWACJI ORAZ ANALIZA POTRZEB UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Proszę o wskazanie, co motywuje Pana / Panią do wzięcia udziału w projekcie: (zaznaczyć "X", możliwość wielokrotnego wyboru)
 - Chęć podniesienia kwalifikacji zawodowych
 - Chęć zdobycia nowych kwalifikacji zawodowych
 - Rozwój zawodowy
 - Poprawa swojej sytuacji zawodowej
2. Jakie efekty może Panu/ Pani przynieść udział w projekcie: (zaznaczyć "X", możliwość wielokrotnego wyboru)
 - Nabycie kwalifikacji zawodowych wymaganych przez pracodawców
 - Nabycie umiejętności praktycznych
 - Wejście na rynek pracy, zdobycie pierwszej pracy
 - Powrót na rynek pracy
 - Zmianę wykonywanego zawodu na inny
 - Awans zawodowy

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. Wyższe kwalifikacje, lepsze perspektywy! RPZP.08.06.00-32-K002/19 przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:

1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,

2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.

2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:

1) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:

a) 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, t.j., z późn. zm.);

2) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:

a) 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.),

d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. Wyższe kwalifikacje, lepsze perspektywy! RPZP.08.06.00-32-K002/19 w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt - COLLEGIUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA CYWILNA ANNA WASIŁEK, GRZEGORZ WASIŁEK ul. Mieszka I 4, 73-110 Stargard oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta badania, kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.

5. Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 (tj. do dnia 31 grudnia 2023 r.) oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

8. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:

a) abi@wzp.pl - w odniesieniu do danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,

b) iod@miir.gov.pl – w odniesieniu do danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.

9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

10. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.

11. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.

12. Podanie danych jest warunkiem ustawowym, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA UDOSTĘPNIENIU WIZERUNKU

Ja, niżej podpisana/podpisany, działając w imieniu własnym na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oświadczam, że niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym mojego wizerunku przez Wspólników – Anny Wasitek i Grzegorza Wasitek działających w ramach spółki cywilnej pod nazwą **Collegium Medyczne „Medica” s.c. Anna Wasitek, Grzegorz Wasitek**, ul. Mieszka I 4, 73-110 Stargard (zwanymi dalej MEDICA), zgodnie z zapisami 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 przepisów prawa krajowego.

W szczególności zgoda obejmuje nieodpłatne używanie, wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku utrwalonych jakąkolwiek techniką, na wszelkich nośnikach (w tym w postaci fotografii i dokumentacji filmowej, lub dźwiękowej) na potrzeby realizowanego projektu pn. Wyższe kwalifikacje, lepsze perspektywy! RPZP.08.06.00-32-K002/19.

Niniejsza zgoda jest nieodpłatna, nie jest ograniczona ilościowo, czasowo ani terytorialnie.

W razie potrzeby mój wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania, kadrowania i kompozycji, a także zestawiony z wizerunkami innych osób, może być uzupełniony towarzyszącym komentarzem, natomiast nagranie filmowe i dźwiękowe z moim udziałem mogą być cięte, montowane, modyfikowane, dodawane do innych materiałów powstających na potrzeby promocji projektu oraz potwierdzenia udzielonego wsparcia w ramach niniejszego projektu – bez obowiązku akceptacji produktu końcowego.

Niniejsza zgoda obejmuje wszelkie formy publikacji, w szczególności rozpowszechnianie w Internecie (w tym na portalach społecznościowych Facebook, Twitter, You Tube itp. Wizerunek nie może być użyty w formie lub publikacji dla mnie obraźliwej lub naruszać w inny sposób moje dobra osobiste.

Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać swoją zgodę, aby od tego momentu MEDICA nie wykorzystywała mojego wizerunków w jakichkolwiek nowych publikacjach powstałych po dacie wycofania zgody.

Data i podpis osoby udzielającej zgody

Data i podpis osoby reprezentującej MEDICA



ZAŁĄCZNIKI DODAKTKOWE:

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w świetle przepisów ustawy z 27.08.1997r. lub orzeczenia albo innego dokumentu, o którym mowa w ustawie z 19.08.1994r.
- zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej
lub
- oświadczenie osoby bezrobotnej niezarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy
lub
- oświadczenie osoby biernej zawodowo;

OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE:

Kandydat spełnia/nie spełnia ⁷ obligatoryjne kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent)
podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny
.....

⁷ Niepotrzebne skreślić.

OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY BIERNEJ ZAWODOWO

Ja, niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo.

Pouczenie:

Osoby bierne zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne).

Do grupy biernych zawodowo zaliczamy m.in.:

- studentów studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowani jako osoby bezrobotne,
- osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne

Uwaga:

Osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

.....
Data i podpis uczestnika



OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY BEZROBOTNEJ
(dla osób nie zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy)

Ja, niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że jestem osobą bezrobotną

Pouczenie:

Osoba bezrobotna – osoba pozostająca bez zatrudnienia, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności BAEL tj. osoba, która nie jest zarejestrowana jako bezrobotna, lecz nie pracuje, aktywnie poszukuje pracy i jest gotowa do podjęcia zatrudnienia.

.....
Data i podpis uczestnika