**DANE UCZESTNIKÓW PROJEKTU „Brawo My!”, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS**

**OSOBA PEŁNOLETNIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | |
| 1. | Imię |  | |
| 2. | Nazwisko |  | |
| 3. | PESEL |  | |
| 4. | Wykształcenie | 🞐 niższe niż podstawowe 🞐 ponadgimnazjalne  🞐 podstawowe 🞐 pomaturalne  🞐 gimnazjalne 🞐 wyższe | |
| 5. | Adres (ulica, numer budynku, numer lokalu, dzielnica) |  | |
| 6. | Powiat |  | |
| 7. | Miejscowość,  kod pocztowy |  | |
| 8. | Telefon kontaktowy |  | |
| 9. | Adres e-mail |  | |
| 10. | Status osoby na rynku pracy w chwili  przystąpienia  do projektu | 🞐 bezrobotna | |
| 🞐 bierna zawodowo | 🞐 w tym: ucząca się |
| Nazwa i adres szkoły |  |
| 🞐 zatrudniona | 🞐 w MMŚP *(do 249 pracowników)*  🞐 w dużym przedsiębiorstwie *(pow.249 pracow.)*  🞐 w administracji rządowej  🞐 w administracji samorządowej  🞐 w organizacji pozarządowej  🞐 samozatrudniona |
| Wykonywany zawód |  |
| Nazwa zakładu pracy |  |
| 11. | 🞐 Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego  🞐Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  🞐 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  🞐 Osoba z niepełnosprawnościami  🞐 Osoba z zaburzeniami psychicznymi  🞐 Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa  🞐 Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) – jakiej? ………………………… | | |

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

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Brawo My!” 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.
4. 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:
5. 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;
6. 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.
7. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej INTEGRUM Przemysław Drozd i Wspólnicy Spółka Jawna.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
12. Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa   
    w projekcie.
13. 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* |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Brawo My!”**

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Brawo My!”, realizowanym przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej INTEGRUM Przemysław Drozd i Wspólnicy Spółka Jawna w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią regulaminu projektu „Brawo My!" oraz, że spełniam kryteria kwalifikacyjne w nim zawarte, uprawniające mnie do udziału w/w projekcie.

*POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

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