

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

„Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”

(WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE)	
NR FORMULARZA	DATA WPŁYWU

A. DANE KANDYDATA/KANDYDATKI

1.	DANE PODSTAWOWE	Imię(imiona)	
		Nazwisko	
		Data urodzenia	
		PESEL	
		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> 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	Ulica	
		Nr domu	
		Nr lokalu	

	zamieszkania wskazany powyżej)	Miejscowość	
		Kod pocztowy	
		Gmina	
		Powiat	
		Województwo	
4.	DANE KONTAKTOWE (inne niż adres zamieszkania)	Numer telefonu¹	
		Adres e-mail	
5.	WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć najwyższy posiadany poziom wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe ² <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne – średnie <input type="checkbox"/> Pomaturalne ³ <input type="checkbox"/> Wyższe ⁴	
6.	STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna ⁵ zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów Pracy <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo ⁷ <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna W tym osoba nie uczestniczą w kształceniu / szkoleniu <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna W tym osoba ucząca się <input type="checkbox"/> 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	Osoba należąca do	<input type="checkbox"/> TAK	

	mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
10	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
12	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
13	Szczegóły wsparcia dla delegujących i osób delegowanych do projektu (wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)	Rodzaj przyznanego wsparcia: <input type="checkbox"/> usługa zdrowotna/medyczna <input type="checkbox"/> konsultacja psychologiczna <input type="checkbox"/> szkolenie

¹ (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.

B. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X”
(wypełnia Uczestnik szkolenia)

		TAK	NIE
1.	Jestem mieszkańcem województwa śląskiego		
2.	Jestem pracownikiem medycznym świadczącym usługi zdrowotne w zakresie zadań realizowanych w projekcie		

Preferowana tematyka szkolenia	<input type="checkbox"/> praca nad rozwojem mowy i komunikacji dzieci autystycznych <input type="checkbox"/> konstruowanie indywidualnych programów terapeutycznych <input type="checkbox"/> kreatywne metody pracy z dziećmi z zaburzeniami autystycznymi <input type="checkbox"/> rodzic najlepszym terapeutą dziecka
---------------------------------------	--

OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG OFEROWANYCH W PROJEKCIE (wypełnia Uczestnik szkolenia)

Ja (imię i nazwisko).....

oświadczam, że nie korzystam w ramach innych projektów współfinansowanych z środków UE z pomocy/świadczeń, którymi zostaną objęty w ramach projektu: „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

OŚWIADCZENIE

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

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU LUB OPIEKUNA
PRAWNEGO

OŚWIADCZENIE OSOBY APLIKUJĄCEJ O UDZIAŁ W PROJEKCIE

Nr umowy o dofinansowanie: RPSL09.02.06-24-06A7/17-00

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a) 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
2. W związku z realizacją procesu rekrutacji do niniejszego projektu przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych Uczestnika projektu: imię i nazwisko, pesel, płeć, wiek, wykształcenie, dane kontaktowe (adres, telefon, mail), status na rynku pracy, stu w chwili przystąpienia do projektu - zakres zgodny z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
3. Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do 31.08.2018 lub wycofania zgody.
4. Administratorem danych osobowych jest Multiklinika SALUTE SP. z o.o., ul. Czerwińskiego 8 -10, 40-123 Katowice
5. Moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu;
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:
 - 1) Beneficjenta - Multiklinika SALUTE SP. z o.o., ul. Czerwińskiego 8 -10, 40-123 Katowice, 322583061, email: multiklinika.salute@gmail.com.
 - 2) ~~Partnera(należy podać pełną nazwę z danymi kontaktowymi do inspektora danych osobowych jeśli został powołany)~~
 - 3) Instytucję Zarządzającą - Zarząd Województwa Śląskiego, w którego imieniu działa Wydział Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego z siedzibą w Katowicach, ul. Dąbrowskiego 24; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – dane.osobowe@slaskie.pl
 - 4) Instytucję Pośredniczącą – Wojewódzki Urząd Pracy w Katowicach z siedzibą w Katowicach, ul. Kościuszki 30; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – iod@wup-katowice.pl
 - 5) instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa.
 - 6) o powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik zostanie poinformowany w drodze pisemnej.
7. Mam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Mam prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.
10. Wymienione prawa będą traktowane w sposób określony w artykułach 13 do 19 Rozdziału III: „Prawa osoby, której dane dotyczą” rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
11. Podanie moich danych osobowych, o których mowa w pkt 2, jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.
12. Udostępnione dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU LUB
OPIEKUNA PRAWNEGO*