

**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA DO PROJEKTU
WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI**

Data wpływu formularza rekrutacyjnego		Nr formularza	
DANE OSOBOWE			
Imię (imiona)		Nazwisko	
PESEL		Brak PESEL	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wiek		Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5–8)
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec		
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne 		



Miejsce zamieszkania Ulica/ Nr domu/Nr lokalu		Miejscowość/ kod pocztowy	
Województwo		Powiat	
Gmina		Telefon kontaktowy uczestnika	
Adres poczty elektronicznej (e-mail) uczestnika			

DANE DODATKOWE

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU, JESTEM OSOBĄ:

Osoba z krajów trzecich	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami Jeśli tak, dołącz kopię orzeczenia o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Proszę wskazać swoje szczególne potrzeby w kontekście udziału w projekcie: (np. tłumacz języka migowego, asystent osoby z niepełnosprawnością, materiały szkoleniowe w formie dostępnej np. elektronicznej z możliwością powiększenia druku lub odwrócenia kontrastu lub inne potrzeby i inne)

.....
Data i miejscowość

.....
Podpis uczestnika



KRYTERIA DOSTĘPU DO PROJEKTU**W każdym pytaniu należy uzupełnić jedną, właściwą odpowiedź:**

1. Czy jest Pan/Pani osobą zamieszkującą na terenie województwa warmińsko-mazurskiego?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2. Czy jest Pan/Pani osobą pracującą na terenie województwa warmińsko-mazurskiego?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3. Czy jest Pan/Pani osobą pobierającą naukę na terenie województwa warmińsko-mazurskiego?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

KRYTERIA MERYTORYCZNE (PUNKTOWE)**W każdym pytaniu należy uzupełnić jedną, właściwą odpowiedź:**

1. Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2. Czy jest Pan/Pani osobą w wieku 50 plus ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3. Czy jest Pan/Pani osobą zamieszkującą powiat pogranicza (tj. gmina Górowo Iławeckie)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<p>Uczestnik ma obowiązek załączenia dokumentów poświadczających spełnienie kryterium dostępu i kryterium punktowego do formularza rekrutacyjnego.</p> <p>Wnioskodawca będzie gromadził dokumenty potwierdzające ww. kryteria punktowe.</p> <p>Kryteria punktowe będą sumowane.</p> <p>Zaświadczenia lub inne równoważne dokumenty powinny być wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożeniem dokumentu.</p>		

Do niniejszego Formularza rekrutacyjnego załączam:

- zaświadczenie o miejscu zamieszkania na terenie województwa warmińsko - mazurskiego lub dokument świadczący o miejscu zamieszkania np. pierwsza strona PIT, wyciąg z US, kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, umowa najmu, pierwsza strona rachunków lub faktur za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata, wydruk ze strony PUE bądź inny wystawiony dokument potwierdzający zamieszkanie (o ile dotyczy)
- zaświadczenie o wykonywaniu pracy na terenie województwa warmińsko - mazurskiego (o ile dotyczy)
- zaświadczenie potwierdzające pobieranie nauki na terenie województwa warmińsko - mazurskiego (o ile dotyczy)
- kopię orzeczenia o niepełnosprawności (o ile dotyczy)

.....
Data i miejscowość.....
Podpis uczestnika

Oświadczenia, w każdym oświadczeniu należy uzupełnić jedną, właściwą odpowiedź:

1. Z własnej inicjatywy chcę podnieść kompetencje cyfrowe i kompetencje zielone	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym i dodatkowych dokumentach (o ile dotyczy) są prawdziwe, kompletne i w pełni odzwierciedlają moją sytuację prawną oraz są zgodne ze stanem faktycznym, a oświadczenie powyższe składam świadoma/-y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3. Wyrażam zgodę na weryfikację danych zawartych we wszystkich złożonych dokumentach na każdym etapie realizacji projektu oraz na poddawanie się kontroli, ewaluacji i monitoringowi udzielonego wsparcia, na uczestnictwo w wszelkich kontrolach, badaniach, przeprowadzanych przez wskazany podmiot oraz inne uprawnione instytucje.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4. Wyrażam zgodę na otrzymywanie wszelkich informacji o projekcie i uczestnictwa w nim, drogą elektroniczną na adres e-mail podany w części 1 formularza zgłoszeniowego w rozumieniu art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, rozumiem zawarte w nim zapisy i w pełni je akceptuję oraz zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień w trakcie realizacji projektu.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
7. Oświadczam, że jestem świadoma/-y, iż złożenie niniejszego formularza zgłoszeniowego wraz z załącznikami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do objęcia wsparciem w ramach projektu „Cyfrowe Prawo Jazdy”.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
8. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia przewidzianych dla mnie w ramach projektu; równocześnie w przypadku uzasadnionej rezygnacji z uczestnictwa w projekcie zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym fakcie Biuro projektu.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....
Data i miejscowość

.....
Podpis uczestnika

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu „Cyfrowe Prawo Jazdy”, nr FEWM.06.05-IZ.00-0040/25 (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO)).

.....
Data i miejscowość

.....
Podpis uczestnika



PREFERENCJE ORGANIZACYJNE

1. Zajęcia od poniedziałku do piątku – godziny poranne	<input type="checkbox"/> Tak
2. Zajęcia od poniedziałku do piątku – godziny popołudniowe	<input type="checkbox"/> Tak
3. Zajęcia w soboty	<input type="checkbox"/> Tak
4. Zajęcia w soboty i niedziele	<input type="checkbox"/> Tak
5. Wszystkie dni i godziny w tygodniu	<input type="checkbox"/> Tak

.....
Data i miejscowość

.....
Podpis uczestnika

Dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym zostały zweryfikowane na podstawie przedstawionego przez Kandydatkę / Kandydata dokumentu tożsamości

Podpis osoby przyjmującej Formularz rekrutacyjny:
(wypełnia Beneficjent Projektu)



Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego

TEST WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI CYFROWYCH

Imię i nazwisko:

INSTRUKCJA:

Proszę zaznaczyć znakiem **X** jedną odpowiedź przy każdym pytaniu. Jeśli nie zna Pani/Pan odpowiedzi, proszę zaznaczyć „Nie wiem”.

PYTANIA:

1. **Czy potrafi Pani/Pan samodzielnie założyć konto e-mail (poczta elektroniczna)?**
 Tak, potrafię to zrobić szybko.
 Tak, ale potrzebuję pomocy.
 Nie, nie potrafię tego zrobić.
2. **Czy korzysta Pani/Pan z profilu zaufanego lub aplikacji mObywatel, aby załatwić sprawę w urzędzie?**
 Tak, robię to często.
 Słyszałem/am o tym, ale nie umiem się zalogować.
 Nie wiem, co to jest.
3. **Czy wie Pani/Pan, jak sprawdzić e-receptę na telefonie lub komputerze?**
 Tak, umiem to zrobić.
 Nie, zawsze czekam na wydruk od lekarza.
 Nie wiem, jak to sprawdzić.
4. **Czy potrafi Pani/Pan kupić bilet (np. na pociąg lub autobus) przez Internet?**
 Tak, robię to sam/a.
 Nie, boję się płacić przez Internet.
 Nie umiem wyszukać połączenia w sieci.
5. **Czy wie Pani/Pan, co to jest „e-faktura” i jak ją odebrać, żeby nie drukować papieru?**
 Tak, korzystam z e-faktur.
 Wiem, co to jest, ale wolę papierowe rachunki.
 Nie wiem, jak zrezygnować z papieru.
6. **Czy wie Pani/Pan, jak rozpoznać fałszywą wiadomość (e-mail lub SMS), która może ukraść pieniądze z konta?**
 Tak, znam zasady bezpieczeństwa.
 Nie jestem pewny/a, co powinno mnie zaniepokoić.
 Nie wiem, na co zwracać uwagę.

WYNIK TESTU (Wypełnia doradca/pracownik):

WYNIK POZYTYWNY (osoba posiada wysokie kompetencje – brak kwalifikacji do projektu).

WYNIK POTWIERDZAJĄCY POTRZEBĘ WSPARCIA (osoba posiada niskie kompetencje – kwalifikuje się do projektu).

..... (Podpis pracownika weryfikującego)

Załącznik nr 2

Klauzula informacyjna dla osoby, której dane są przetwarzane w ramach realizacji Projektu¹

W związku z Państwa udziałem w realizacji Projektu, świadczeniem pracy, wykonywaniem, świadczeniem lub dostarczeniem robót, usług lub produktów w ramach Projektu/złożeniem oferty² w ramach Projektu pn. Cyfrowe Prawo Jazdy (nr Projektu FEWM.06.05-IZ.00-0040/25) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 na podstawie art. 13 *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)* (dalej: RODO), informuję iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją ww. Projektu jest Ośrodek Mediacji i Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej „Porozumienie” Izabela Krzyszycha, ul. Leyka 7, 10-690 Olsztyn, będący Beneficjentem tego Projektu (dalej: Beneficjent).
2. Beneficjent powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email osrodekporozumienie@wp.pl³.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 RODO. Oznacza to, że Państwa dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Beneficjenta obowiązków prawnych ciążących na nim w związku z realizacją ww. Projektu. Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Beneficjencie w związku z realizacją ww. Projektu określone zostały Umową o dofinansowanie Projektu nr FEWM.06.05-IZ.00-0040/25 [wskazać numer umowy] oraz przepisami m.in. w niżej wymienionych aktach prawnych:
 - 1) *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowe,*
 - 2) *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013,*
 - 3) *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (dalej: ustawa wdrożeniowa).*
4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Beneficjenta określonych prawem i Umową o dofinansowanie Projektu nr FEWM.06.05-IZ.00-0040/25⁴ obowiązków w związku z realizacją Projektu nr FEWM.06.05-IZ.00-0040/25 pn. Cyfrowe Prawo Jazdy.
5. Państwa dane osobowe zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym wskazanym w art. 89 ustawy wdrożeniowej, w szczególności:
 - 1) Ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego – Ministrowi Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
 - 2) Ministrowi właściwemu ds. finansów publicznych – Ministrowi Finansów, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,
 - 3) Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 – Zarządowi Województwa Warmińsko-Mazurskiego, ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn,

¹ Przez osobę, której dane osobowe są przetwarzane w ramach realizacji Projektu należy rozumieć m. in. Partnera, podmiot realizujący Projekt, Uczestnika Projektu, personel Projektu, pracownika instytucji zaangażowanej we wdrażanie Programu, oferenta, wykonawcę/stronę umowy zawartej w sprawie realizacji zamówienia w ramach Projektu, w tym o roboty budowlane, dostawę lub świadczenie usług, członka personelu i/lub osobę reprezentującą oferenta/wykonawcę/stronę powyższych umów.

² Niepotrzebne skreślić lub ewentualnie dopisać.

³ Jeśli nie dotyczy, należy wpisać tekst „Nie dotyczy”.

⁴ Należy wskazać numer umowy o dofinansowanie.



- 4) Instytucji Pośredniczącej programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Olsztynie, ul. Głowackiego 28, 10-448 Olsztyn,
- 5) Instytucji Audytowej – Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa, w zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań wynikających z przepisów tej ustawy. Dodatkowo Państwa dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania lub udostępnione podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu –

.....
(nazwa i adres ww. podmiotów)

6. Państwa dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyty w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 lub Beneficjenta.
7. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Państwa dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
9. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w art. 87 ust. 1 ustawy wdrożeniowej.
10. W każdym czasie przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
11. Jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
12. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu.

Zapoznałem/am się*

.....
PODPIS

*W przypadku uczestnika projektu nieposiadającego zdolności do czynności prawnych fakt zapoznania się z powyższymi informacjami potwierdza jego opiekun prawny.