# FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

**I. DANE PROJEKTU** FERS.04.06-IP.04-0029/23

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa realizatora projektu: | Zachodniopomorskie Forum Organizacji Społecznych ZAFOS Wielkopolska Rada Koordynacyjna Związek Organizacji Pozarządowych Dolnośląska Federacja Organizacji Pozarządowych |
| Tytuł projektu: | **Aktywni w polityce społecznej** |
| Źródło finansowania: | Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021 -2027współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus |

**II. DANE ORGANICZACJI POZARZĄDOWEJ,**

**KTÓRA OTRZYMA WSPARCIE W RAMACH PROGRAMU REALIZOWANEGO W RAMACH DZIAŁANIA**

**4.06 ROZWÓJ DIALOGU OBYWATELSKIEGO PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOLECZNEGO NR UMOWY: FERS.04.06-lP.04-0029/23**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ**(zgodnie z definicją art. 3 ust.2 Ustawy zdnia 24.04.2003 o działalnościpożytku publicznego) | **Nazwa organizacji, NIP** |  |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  | **Gmina:** |  |
| **Kod pocztowy/ Miejscowość** |  | **Ulica/ numer** |
| **Siedziba organizacji znajduje się na terenie** (zaznacz odpowiedź) | 1. miasta powyżej 100 tys. mieszkańców (duże miasto)
2. miasta powyżej 20 tys. mieszkańców (średnie miasto)
3. miasta do 20 tys. mieszkańców (małe miasto)
4. wiejskim
 |
| **Telefon kontaktowy** |  | **Adres e-mail:**  |
| **Dane osoby/osób upoważnionych do reprezentowania organizacji pozarządowej** | **Imię i nazwisko:** | **Funkcja:** |
|  |  |
|  |  |
| **Czy Państwa organizacja brała udział w działaniach****edukacyjnych w zakresie obszarów rzecznictwa i działań strażniczych finansowanych ze źródeł zewnętrznych?**(zaznacz odpowiedź) | Tak | Nie |

**III. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**KTÓRY OTRZYMA WSPARCIE W RAMACH PROGRAMU REALIZOWANEGO W RAMACH DZIAŁANIA**

**4.06 ROZWÓJ DIALOGU OBYWATELSKIEGOPROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOLECZNEGO NR UMOWY: FERS.04.06-lP.04-0029/23**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | **Imię** |  | **PESEL** | **Obywatelstwo** |
| **Nazwisko** |  |  |  |
| **Płeć** (zaznacz/ wpisz odpowiedź) | Kobieta | Mężczyzna |
| Inna: ……………………………………………………… |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Wykształcenie** | Średnie I stopnia lubniższe (ISCED 0–2) | Ponadgimnazjalne(ISCED 3) lubpolicealne (ISCED4) | Wyższe (ISCED 5 – 8) |
|  |  |[ ] [ ] [ ]
| **DANE ADRESOWE** | **Województwo** |  | **Powiat:** |  |
|  | **Gmina** |  | **Kod pocztowy:** |  |
|  | **Miejscowość** |  | **Ulica / numer:** |  |
|  | **Telefon kontaktowy** |  | **Adres e-mail:** |  |
| **DODATKOWE INFORMACJE O UCZESTNIKU** | **Pełniona funkcja w reprezentowanej organizacji pozarządowej** (zaznacz odpowiedź) | 1. pracownik
2. wolontariusz
 |
|  | **Czy będzie Pan/Pani pełnić społecznie rolę członka w zespole ds. rzecznictwa i działań strażniczych jako przedstawiciel reprezentowanej organizacji pozarządowej?**(zaznacz odpowiedź) |
|  | Tak | Nie | Jeszcze nie wiem - decyzję podejmę w późniejszym terminie |
|  | **Osoba z niepełnosprawnościami** (zaznacz odpowiedź) | TAK | NIE |
|  |  | (jeśli zaznaczył Pan/Pani TAK, **konieczne jest uzupełnienie oświadczenia – wzór na końcu formularza str. 5)** |
|  | Proszę podać **indywidualne potrzeby w zakresie zapewnienia dostępności**(zaznacz/uzupełnij odpowiedź):* preferowana forma kontaktu: ……………………………...............................................

…………………………………………………………………………………………………...* wsparcie asystenta osoby z niepełnosprawnościami,
* wsparcie przewodnika osoby niewidomej,
* wsparcie przewodnika-tłumacza osoby głuchoniewidomej,
* tłumacz PJM,
* system wspomagający słyszenie (pętla indukcyjna),
* Szczególne potrzeby żywieniowe ( wyrażenie zgody na zabranie ze sobą własnego jedzenia, dla osób stosujących specjalne diety – w przypadku gdy hotel nie ma możliwości jej zapewnienia
* transport specjalistyczny dla osób

z niepełnosprawnością narządu ruchu,* miejsce parkingowe dla osób z niepełnosprawnościami,
* wstęp z psem asystującym,
* materiały w z powiększoną czcionką,
* materiały w tekście łatwym do czytania i zrozumienia (ETR),
* druk wypukły w alfabecie Braille’a,
* inne (jakie?)……………………………………………………………………………………………………
 |

|  |
| --- |
| **1. STATUS UCZESTNIKA**(należy wskazać jedną z czterech wykluczających się pozycji z listy zaznaczając pole ☐oraz wybrać jedną opcję szczegółową) |
| **Czy jest pan/pani:** (proszę zaznaczyć właściwe) | osobą obcego pochodzenia? | Tak | Nie |
| osobą z państwa trzeciego? | Tak | Nie |
| osoba należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej(w tymspołeczności marginalizowanej)? | Tak | Nie |
| odmawiam podania odpowiedzi |
| osobą bezdomną lub dotkniętąwykluczeniem z dostępu do mieszkań? | Tak | Nie |
| **2. STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**(należy wskazać jedną z czterech wykluczających się pozycji z listy zaznaczając pole ☐oraz wybrać jedną opcję szczegółową) |
| **Oświadczam, iż jestem osobą:**1. **bierną zawodowo -** [ ]

w tym: [ ]  - nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu; [ ]  - uczącą się; [ ]  - inne1. **bezrobotną -** [ ]

w tym: [ ]  - długotrwale bezrobotną [ ]  - inne1. **pracującą -** [ ]

w tym:[ ] - prowadzącą działalność na własny rachunek[ ] - pracującą w administracji rządowej[ ] - pracującą w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkól i placówek systemu oświaty)[ ] - pracującą w organizacji pozarządowej[ ] - pracującą w MMŚP[ ] - pracującą w dużym przedsiębiorstwie[ ] - pracującą w podmiocie wykonującym działalność leczniczą[ ] - pracującą w szkole lub placówce oświatowej (kadra pedagogiczna)[ ] - pracującą w szkole lub placówce oświatowej (kadra niepedagogiczna)[ ] - pracującą w szkole lub placówce oświatowej (kadra zarządzająca)[ ] - pracującą na uczelni[ ] - pracującą w instytucie naukowym[ ] - pracującą w instytucie badawczym[ ] - pracującą w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz[ ] - pracującą w międzynarodowym instytucie naukowym[ ] - pracującą dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki[ ] - pracującą na rzecz państwowej osoby prawnej[ ] - inne |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA W SPRAWIE AKCEPTACJI**

**REGULAMINU REKRUTACJI I UDZIAŁU W PROJEKCIE**

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem rekrutacji, akceptuję jego treść oraz potwierdzam udział projekcie **„Aktywni w polityce społecznej”**

………………… ………….……………………………

miejscowość i data czytelny podpis uczestnika

# OŚWIADCZENIE ORGANIZACJI W SPRAWIE SKIEROWANIA PRZEDSTAWICIELA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

## Potwierdzam/my skierowanie Pana/Pani…………………………………………… do udziału w projekcie w imieniu reprezentowanej organizacji pozarządowej. Potwierdzam/my zamiar udziału organizacji w pracach zespoły ds. rzecznictwa i działań strażniczych

………………………..………. ………..………….……………………………….…

miejscowość i data czytelny podpis osoby/osób reprezentujących organizację

Pieczątka organizacji

# OŚWIADCZENIE W SPRAWIE WIZURUNKU

## Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonywanie, gromadzenie i umieszczanie zdjęć zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas realizacji działań zdania publicznego

**„Aktywni w polityce społecznej”** na stronie internetowej, w social mediach Wielkopolskiej Rady Koordynacyjnej Związku Organizacji Pozarządowych i partnerów projektu, w celu informacji i promocji projektu.

..………………….……… ……………………………………………..

data czytelny podpis uczestnika projektu

# Oświadczenie o niepełnosprawności

………………………………..…………

imię i nazwisko uczestnika

………………………………..…………

………………………………..…………

adres zamieszkania

…………………………………..

miejscowość, data

# OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

## Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnościami oraz posiadam odpowiednie orzeczenie potwierdzający ten fakt, które zostało wydane przez organ do tego uprawniony.

 ………..………….………………………

czytelny podpis uczestnika projektu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania publicznego „Aktywni w polityce społecznej” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019, poz. 1781 z późn. zm.) 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 obejmującej zbieranie, utrwalanie, przetwarzanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie tych danych, a także udostępnianie tych danych do celów monitoringu, kontroli w ramach realizowanego projektu oraz przeprowadzanych na zlecenie Kancelaria Prezesa Rady Ministrów - Departament Społeczeństwa Obywatelskiego** INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Wielkopolska Rada Koordynacyjna Związku Organizacji Pozarządowych beneficjent W RAMACH DZIAŁANIA 4.06 ROZWÓJ DIALOGU OBYWATELSKIEGO PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOŁECZNEGO, w ramach realizowanego zadania pn. „Aktywni w polityce społecznej”
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej: biuro@wrk.org.pl oraz Instytucją Pośredniczącą: IOD@kprm.qov.pl, efs@kprm.qov.pl
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji rekrutacji do udziału w projekcie w ramach Programu ROZWÓJ DIALOGU OBYWATELSKIEGO PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOLECZNEGO, a w szczególności: potwierdzenia kwalifikowania do uczestnictwa w projekcie.
4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana biorącego udział w projekcie danych osobowych stanowi 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), zwanego „RODO”.
5. Pani/Pana dane biorącego udział w projekcie zostają powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu projekt Wielkopolskiej Rady Koordynacyjnej Związku Organizacji Pozarządowych. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym działania kontrolne lub badania ewaluacyjne na lecenie Kancelaria Prezesa Rady Ministrów - Departament Społeczeństwa Obywatelskiego. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów - Departament Społeczeństwa Obywatelskiego kontrole i audyt w ramach Programu ROZWÓJ DIALOGU OBYWATELSKIEGO PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOLECZNEGO w celu prawidłowej realizacji zadań, o których mowa w punkcie 3, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia realizacji projektu oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji projektu.
9. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie danych jest dobrowolne, ale jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu

…………………………………… ………………...…………………………

data czytelny podpis uczestnika projektu