



Załącznik nr 1 do Aneksu nr 5

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE
organizowane w ramach projektu pn. „Akademia Pomocy Społecznej”
realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

TEMAT SZKOLENIA: (proszę wskazać)	
TERMIN: (proszę wskazać)	
MIEJSCE: (proszę wskazać)	

Formularz zgłoszeniowy czytelnie wypełniony i podpisany należy przesłać e-mailem (skan- w formie zaszyfrowanej) na adres:lub faksem pod nr
Oryginały dokumentów należy dostarczyć najpóźniej w dniu szkolenia.
Osobami do kontaktu w sprawach rekrutacji są:

DANE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UDZIAŁU W SZKOLENIU

NAZWA INSTYTUCJI		
ADRES		
LICZBA ZATRUDNIONYCH KLUCZOWYCH PRACOWNIKÓW <i>(liczba zatrudnionych pracowników świadczących usługi aktywizacyjne i inne usługi społeczne bezpośrednio na rzecz osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym)</i>		
IMIĘ I NAZWISKO		
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEТА	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
PESEL		
STANOWISKO		
TELEFON (wyłącznie służbowy)		
E-MAIL (wyłącznie służbowy)		
NIEPĘLNOŚPRAWNOŚĆ	<input type="checkbox"/> TAK <i>(Jeśli dotyczy prosimy o uzupełnienie Załącznika nr 2, który należy przesłać e-mailem (skan- w formie zaszyfrowanej)</i>	<input type="checkbox"/> NIE





Projekt „Akademia Pomocy Społecznej”
realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

SPECJALNE POTRZEBY (proszę w odpowiednim miejscu zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE oraz jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, określić jakie?)

Pytania dotyczą udziału w szkoleniach stacjonarnych i zdalnych		
Zapewnienie alternatywnych form materiałów szkoleniowych, jakich?.....	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zapewnienie usługi tłumacza migowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Pytania dotyczą TYLKO udziału w szkoleniach stacjonarnych		
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie (system FM, pętla indukcyjna), jakich?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zapewnienie dostępności architektonicznej budynku, dostosowanej do specjalnych potrzeb ruchowych, jakich?.....	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wstęp do budynku z psem asystującym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Specjalne potrzeby żywieniowe, jakie?.....	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

- Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Akademia Pomocy Społecznej” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Jestem świadoma/-y, iż zgłoszenie się do udziału w szkoleniu nie jest równoważne z zakwalifikowaniem.
- Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
- Oświadczam, że tematyka szkoleń jest adekwatna do zajmowanego stanowiska i wykonywanych obowiązków.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail) w ramach organizowania szkoleń.
- Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.Urz.UE.L. 2016.119.1), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w formularzu zgłoszeniowym do działań w ramach projektu pn. „Akademia Pomocy Społecznej” realizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku w partnerstwie z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, w związku ze zgłoszeniem na szkolenie pn.

.....
Jednocześnie oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU



Oświadczam, iż w/w osoba przynależy do grupy docelowej projektu (jest kluczowym pracownikiem instytucji pomocy i integracji społecznej oraz świadczy usługi aktywizacyjne i inne usługi społeczne bezpośrednio na rzecz osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym) oraz wyrażam zgodę na jej udział w szkoleniu.

.....
PODPIS OSOBY DELEGUJĄCEJ

.....
PIECZĘĆ INSTYTUCJI

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych na potrzeby rekrutacji do udziału w szkoleniu

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE.L. 2016.119.1), dalej RODO, informuję o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest (*należy wpisać administratora danych osobowych ROPS Białystok lub ROPS Olsztyn w zależności kto zbiera dane osobowe potencjalnych uczestników szkolenia, czyli osób które jeszcze nie są uczestnikami projektu*).
- 2) Administrator, zgodnie z art. 37 ust. 1 lit. a) RODO, powołał Inspektora Ochrony Danych – jest nim, z którym może Pani/Pan kontaktować się pod adresem poczty elektronicznej:, lub listownie pisząc na adres administratora.
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji do udziału w szkoleniu w ramach projektu „Akademia Pomocy Społecznej” realizowanego przez.....
pn:.....
(podać nazwę szkolenia)
na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) RODO.
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 5) Pani/Pana dane osobowe, w ściśle określonych sytuacjach, na podstawie obowiązujących przepisów prawa i z zachowaniem wysokich standardów bezpieczeństwa, mogą zostać ujawniane osobom upoważnionym przez Administratora oraz podmiotom upoważnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- 6) Przysługuje Pani/Panu, w zależności od charakteru przetwarzania, prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:

Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO)

Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa

Telefon: 22 531 03 00, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl

- 7) Podanie danych osobowych jest dobrowolne i stanowi warunek konieczny do ubiegania się o udział w ww. projekcie. Odmowa ich przetwarzania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w projekcie.
- 8) Może Pani/Pan w każdym czasie cofnąć zgodę na przetwarzanie danych osobowych. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu cofnięcia zgody.
- 9) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU



Projekt „Akademia Pomocy Społecznej”
realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

UWAGA !!! Wypełnia Realizator Projektu przeprowadzający rekrutację na szkolenie

Ocena formalna		
Przynależność do grupy docelowej projektu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kompletność dokumentacji rekrutacyjnej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Spełnia kryterium formalne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kryterium pierwszeństwa		
Czy kandydat jest osobą z niepełnosprawnością?	<input type="checkbox"/> TAK- 3 pkt.	<input type="checkbox"/> NIE- 0 pkt.
Czy kandydat jest mężczyzną?	<input type="checkbox"/> TAK- 3 pkt.	<input type="checkbox"/> NIE- 0 pkt.
Punktacja ogółem		
Podpis pracownika ROPS		

