



Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy

Data wpływu Formularza zgłoszeniowego:

Przyznane punkty:

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Wspólnie na rzecz rozwiązań wspierających zdrowe i aktywne starzenie się pracowników i pracowniczek w środowisku pracy.”

FERS.04.03-IP.06-0029/24

Lp.	Nazwa	
1.	Nazwa i kontakt Beneficjenta	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych Związek Zawodowy Przemysłu Elektromaszynowego Formac Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowo -Akcyjna Telefon: 663 985 889
2.	Program	FERS.00.00
3.	Priorytet	FERS.04.00
4.	Działanie	FERS.04.03

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ CZYTELNI DRUKOWANYMI LITERAMI!

UWAGA! Przed wypełnieniem Formularza zgłoszeniowego do projektu należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Wspólnie na rzecz rozwiązań wspierających zdrowe i aktywne starzenie się pracowników i pracowniczek w środowisku pracy.”

RODZAJ UCZESTNIKA	INDYWIDUALNY	PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU
NAZWA PODMIOTU (jeśli zaznaczono pole pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu)		
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE (za datę rozpoczęcia udziału w projekcie uznaje się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia)		

DANE PODSTAWOWE

IMIĘ/IMIONA												
NAZWISKO												
OBYWATELSTWO												
PESEL												
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna					WIEK	





		(w chwili przystąpienia do projektu)	
WYKSZTAŁCENIE		Niższe niż podstawowe (ISCED 0)	
		Podstawowe (ISCED 1)	
		Gimnazjalne (ISCED 2)	
		Ponadgimnazjalne (ISCED 3) (tj. średnie lub zawodowe)	
		Policealne (ISCED 4) (tj. szkoła policealna)	
		Wyższe (ISCED 5-8)	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA¹/DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA			
WOJEWÓDZTWO			
POWIAT			
GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA		NR BUDYNKU	
		NR LOKALU	
KOD POCZTOWY			
TELEFON KONTAKTOWY			
ADRES E-MAIL			

PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ			
<i>Należy zaznaczyć właściwe pole [X] w każdym z wierszy poniżej</i>	TAK	NIE	
Jestem partnerem społecznym (przedstawicielem, pracownikiem, członkiem, wolontariuszem)			
Posiadam staż pracy powyżej 15 lat			
Posiadam staż pracy powyżej 25 lat			
Uczestniczę/ będę uczestniczyć w programie mentorskim			
Należę do kadry managerskiej przedsiębiorstwa lub pracuję w dziale HR			
Zasiadam w organach statutowych organizacji związkowej			
Zasiadam w zarządzie spółki			
DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KI NA UCZESTNIKA/CZKE PROJEKTU			
<i>Należy zaznaczyć właściwe pole [X] w każdym z wierszy poniżej</i>	TAK	NIE	Odmowa podania informacji

¹Należy podać adres zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu.





<p>Osoba obcego pochodzenia <i>Cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów</i></p>			
<p>Osoba z państwa trzeciego <i>osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE lub bezpaństwowiec</i></p>			
<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej <i>mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie</i></p>			
<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <i>1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/ medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; 5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.</i></p>			
<p>Osoba z niepełnosprawnościami <i>Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</i></p>			

SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU – dotyczy osób z niepełnosprawnością		
<p>Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:</p>	Zapewnienie tłumacza Języka Migowego/Systemu Językowo Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/osoby głuchoniewidomej/osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Wsparcie trenera pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Inne Jakie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE





OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU ZE WSPARCIA W WIĘCEJ NIŻ JEDNYM PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/-a, uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń oświadczam, że:
NIE OTRZYMUJĘ jednocześnie wsparcia w innym projekcie realizowanym w ramach tego samego lub powiązanego celu szczegółowego.

Miejscowość i data	Czytelny podpis Kandydata

OŚWIADCZENIA

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „**Wspólnie na rzecz rozwiązań wspierających zdrowie i aktywne starzenie się pracowników i pracowniczek w środowisku pracy**”, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim, jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania partnerów projektu (Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych; Związek Zawodowy Przemysłu Elektromaszynowego; Formac Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowo -Akcyjna) – o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, inne);
2. Zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i Formularzu zgłoszeniowym spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie.
3. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „**Wspólnie na rzecz rozwiązań wspierających zdrowie i aktywne starzenie się pracowników i pracowniczek w środowisku pracy**” i zostałem/am poinformowany/a że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego;
4. Wyrażam zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.
5. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
6. Mam świadomość, że działania projektowe mogą odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania oraz że Organizator Projektu może nie wziąć pod uwagę preferowanych przeze mnie terminów i sposobu organizacji zajęć.
7. Zostałem/am poinformowany/a, o równościowym charakterze projektu oraz dostępności dla osób z niepełnosprawnościami;
8. zostałem/-am poinformowany/-a, że udział w Projekcie jest bezpłatny;
9. Deklaruję uczestnictwo w całej ścieżce wsparcia, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu
10. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych.
11. W związku z obowiązkiem upowszechniania informacji dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej oraz promocji (Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 z dn. 11 lipca 2016) Wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć, materiałów i filmów z moim wizerunkiem przez Partnerów Projektu. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: tj. promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
12. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez





Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej zarówno w trakcie trwania projektu jak i po zakończeniu jego realizacji.

13. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
14. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie przedłożone przeze mnie dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/ma, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczeń niezgodnych z prawdą skutkującego po stronie Partnerów Projektu obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. Projekcie, Partnerzy projektu będą mieli prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.
15. Akceptuję poniższe oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679). Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 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 zwanym RODO (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679) informuję iż: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych z siedzibą w Warszawie, przy ul. Mikołaja Kopernika 36/40, 00-924 Warszawa.
16. Z administratorem danych można skontaktować się poprzez adres mailowy opzz@opzz.org.pl, lub pisemnie na w/w adres siedziby administratora. Pani/ Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia naboru do projektu finansowanego ze środków europejskich przez Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych i będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku ich przechowywania wynikającego z przepisów prawa. Podanie przez Pana/ią danych osobowych administratorowi ma charakter dobrowolny. Przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem. Dane mogą być przekazane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Przysługuje Pani/ Panu również prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub wniesienia sprzeciwu do przetwarzania danych na zasadach określonych w RODO.
Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest:
 - a. wymogiem ustawowym, gdy przetwarzanie danych osobowych następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej,
 - b. wymogiem umownym lub warunkiem zawarcia umowy.

Potwierdzam przyjęcie klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Miejscowość i data	Czytelny podpis Kandydata





Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Miejscowość i data	Czytelny podpis Kandydata

Potwierdzam aktualność powyższych oświadczeń na dzień rozpoczęcia udziału w projekcie
(Uczestnik/czka Projektu wypełnia w dniu przystąpienia do pierwszej formy wsparcia)

Miejscowość i data	Czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu