



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie w fazie wdrożeniowej - „Kompleksowy program wsparcia MŚP działających w branży opiekuńczej – adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU DO UDZIAŁU W FAZIE WDROŻENIOWEJ I DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/-a deklaruję chęć udziału w fazie wdrożeniowej w ramach projektu „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej - adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+” realizowanym przez QS Zurich Sp. z o.o., współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój - Priorytet IV. „Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa”; Działanie 4.3 Współpraca ponadnarodowa.

Dane osobowe		
Imię i nazwisko		
Numer PESEL		
Wiek		
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ISCED 5-8 Wyższe	
	ISCED 4 Policealne	
	ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)	
	ISCED 2 Gimnazjalne	
	ISCED 1 Podstawowe	
	ISCED 0 Brak	

Adres zamieszkanie i dane kontaktowe	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	



Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Numer kontaktowy	
Adres e-mail	

Zatrudnienie		
Zatrudnienie w podmiocie w branży PKD: 87.30.Z, 87.10.Z, 88.1, 86.90.E 86.90.C, 86.21Z lub 86.22.Z	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	OPIEKUN OSOBY STARSZEJ (stanowisko służbowe)	
Nazwa podmiotu		
Orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Specjalne potrzeby uczestnika/czki Projektu	
Co możemy zrobić aby Pan/Pani czuł/czuła się komfortowo podczas realizacji Projektu ? Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	<input type="checkbox"/> Dostosowanie architektoniczne pomieszczeń (np. sale szkoleniowe):.....
	<input type="checkbox"/> Dostosowanie materiałów szkoleniowych w zakresie (jeśli tak, proszę wpisać):
	<input type="checkbox"/> Szczególne potrzeby w zakresie żywienia (jeśli tak, proszę wpisać):
	<input type="checkbox"/> Zapewnienie asystenta jako wsparcie osoby (jeśli tak, proszę wpisać):
	<input type="checkbox"/> Inne, jakie:.....
<u>Preferowana forma kontaktu:</u>	



	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> SMS
--	---

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)

Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
-----	--	-----	--	---------------------------	--

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

Osoba z niepełnosprawnościami¹

Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
-----	--	-----	--	---------------------------	--

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)²

Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
-----	--	-----	--	---------------------------	--

Oświadczam, że:

- Zapoznałam/zapoznałem się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w fazie wdrożeniowej* w Projekcie: „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej - adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+” wraz z załącznikami, akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

¹ Osoba w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. , poz. 426, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. 2020 poz. 685, z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym

² Dot. osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z Wytocznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 (poza sytuacjami wymienionymi w polach nr 16-18) oraz w szczególności osób zaliczających się do niżej wskazanych grup:

- osoby z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3)
- osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu co najmniej ISCED 1) i będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu



2. Wyrażam chęć udziału w projekcie „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej - adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+” i oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania będę stosował/a się do zasad, które określać będzie Regulamin Projektu.
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w w/w. projekcie;
4. Mam świadomość prawa do:
 - 1) żądania od współadministratorów dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
 - 2) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (przy czym sprzeciw wobec przetwarzania danych lub żądanie usunięcia jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w projekcie);
 - 3) przenoszenia danych;
 - 4) wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego. Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej - adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+”. W przypadku ich niepodania osoba nie będzie mogła być objęta wsparciem w ramach „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej - adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+”.
5. Zostałem/-am poinformowany/-a, iż Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Wyrażam zgodę na zmianę stacjonarnej formy szkolenia na on-line - w razie zmiany sytuacji epidemiologicznej. I tym, samym zgadzam się na nagrywanie szkolenia (w celu potwierdzenia swojej obecności on-line).
7. Przedstawione przeze mnie w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....
.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

.....
.....
(CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU)



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

