

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem drogą do zastępowalności pokoleń mieszkańców Subregionu Północnego/Środkowego*, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych jest Minister Rozwoju, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5;
- 2) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 jest Marszałek Województwa Opolskiego z siedzibą w Opolu 45-082, ul. Piastowska 14, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego,
- 3) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2015 r. poz. 2135 ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 na podstawie:

w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020:

- a) art. 54 ust. 2, art. 59 ust. 1, art. 65, art. 74 ust 1 i 3, art. 115, art. 122, art. 125 ust. 2, lit d), oraz art. 125 ust 4 lit a), art. 125 ust 5 i 6 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 oraz jego załącznikiem XIII (Kryteria desygnacji) - punkt 3.A.iv;
 - b) art. 5 oraz art. 19 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 wraz z załącznikiem I i II do tego rozporządzenia;
 - c) art. 9 ust. 2, art. 22, 23, 24 i 26 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2014 poz. 1146 ze zm.);
- W odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego Rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
 - d) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2014 poz. 1146 ze zm.);

- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem drogą do zastępowalności pokoleń mieszkańców Subregionu Północnego, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 (RPO WO);
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Departament Koordynacji Programów Operacyjnych, ul. Ostrówek 5-7, 45-082 Opole, beneficjentowi realizującemu projekt - OPTIMA MEDYCYNĄ S.A, 45-315 Opole, ul. Głogowska 37 oraz Partnerowi - Brzeskie Centrum Medyczne, 49-300 Brzeg, ul. Mossora 1. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym badanie ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego. Instytucji Zarządzającej lub innego podmiotu który zawarł porozumienie z Powierzającym lub Instytucją Zarządzającą na realizację ewaluacji. Moje dane osobowe mogą zostać również udostępnione specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego lub Instytucji Zarządzającej kontrole w ramach RPO WO;
- 6) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
- 7) w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
- 8) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem drogą do zastępowalności pokoleń mieszkańców Subregionu Północnego/Środkowego*” realizowanego w ramach RPO WO 2014-2020 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektu.

.....
czytelny podpis uczestnika projektu



DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

OSOBA DOROSŁA

Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem drogą do zastępowalności pokoleń mieszkańców Subregionu Północnego/Środkowego*

Proszę wypełniać dane czytelnie – drukowanymi literami.



Partner



DANE TELEADRESOWE		
Imię i nazwisko:		
Numer dowodu osobistego:		
PESEL:		
Adres (stały/czasowy adres zamieszkania):		
Adres do korespondencji (wypełnić tylko w przypadku gdy różni się z adresem wskazanym powyżej):		
Powiat		
Gmina		
Tel. stacjonarny/domowy lub komórkowy		Nr telefonu
(UWAGA !!! Pole obowiązkowe !!! W przypadku braku osobistego numeru telefonu, należy wskazać numer należący do innej osoby, która umożliwi nawiązanie kontaktu z Uczestnikiem projektu).		
osobisty		
należący do innej osoby		
Adres e-mail (proszę o wskazanie adresu e-mail - przed ich wpisaniem należy sprawdzić funkcjonowanie skrzynki odbiorczej)		
WIEK		
Data i miejsce urodzenia		
Wiek (liczba pełnych skończonych lat, obliczona na dzień złożenia deklaracji)		
WYKSZTAŁCENIE		
Wyszktałcenie	Rodzaj wykształcenia	Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem "X"
	Niższe niż podstawowe	
	Podstawowe	
	Gimnazjalne	
	Ponadgimnazjalne (dotyczy także osób, które posiadają wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)	
	Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych)	
	Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, tj. uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora).	

* Niepotrzebne skreślić



STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy - data zarejestrowania w powiatowym urzędzie pracy		
<i>w tym długotrwale bezrobotny (minimum 12 miesięcy)</i>		
Bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy		
<i>w tym długotrwale bezrobotny (minimum 12 miesięcy)</i>		
Nieaktywny zawodowo/ bierny zawodowo (renta, emerytura, urlop wychowawczy itp.)		
<i>w tym osoba ucząca się</i>		
<i>w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</i>		
Osoba pracująca:		
- w administracji rządowej		
- w administracji samorządowej		
- w MMŚP (przedsiębiorstwo do 250 pracowników)		
- w dużym przedsiębiorstwie (przedsiębiorstwo powyżej 250 pracowników)		
- prowadząca działalność na własny rachunek		
- w organizacji pozarządowej		
- inne		
Nazwa miejsca pracy:		
Zawód:		
INNE		
Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności UWAGA !!! Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności musi być wydane przez organ do tego upoważniony.	TAK - posiadam	NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK	NIE
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	TAK	NIE
<i>w tym w gospodarstwie z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</i>	TAK	NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	TAK	NIE
Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniam co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej - zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub oświadczenie uczestnika	TAK	NIE
Podlegam pod zasady zatrudnienia socjalnego (osoba bezdomna, uzależniona od alkoholu/narkotyków, chora psychicznie, zwolniona z zakładu karnego, uchodźca) - zaświadczenie z właściwej instytucji lub oświadczenie uczestnika	TAK	NIE

Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą (ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy) -zaświadczenie z właściwej instytucji lub oświadczenie uczestnika	TAK	NIE
Jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich - zaświadczenie od kuratora; zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym; kopia postanowienia sądu; inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości	TAK	NIE
Jestem osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy - zaświadczenie	TAK	NIE
Jestem osobą niesamodzielną ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia - zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia, oświadczenie uczestnika	TAK	NIE
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań -zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu, oświadczenie uczestnika	TAK	NIE
Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 - oświadczenie uczestnika	TAK	NIE
Przebywam w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. 1991 Nr 95 poz. 425 z późn. zm.) - zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/ młodzieżowego/ socjoterapii	TAK	NIE
Należę do rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością - odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia oraz oświadczenie uczestnika	TAK	NIE

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany(a) deklaruje udział w projekcie pn. „Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem drogą do zastępowalności pokoleń mieszkańców Subregionu Północnego/Środkowego**” realizowanym przez OPTIMA MEDYCINA S.A. i Brzeskie Centrum Medyczne, zobowiązuje się do aktywnego uczestnictwa w bezpłatnych działaniach projektowych.

.....
czytelny podpis uczestnika projektu