

KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY

Nr ewidencyjny
...../11.1.1/2017
(wypełnia Biuro projektu)

1. DANE OSOBOWE

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Imię (Imiona) | | | |
| Nazwisko | | | |
| Pesel | | | |
| Miejsce i data urodzenia | | | |
| Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta | <input type="checkbox"/> Mężczyzna | |
| Adres zamieszkania | Województwo: | Powiat: | |
| | Gmina : | Miejscowość: | |
| | Kod pocztowy : | Ulica: | |
| | | Nr domu | |
| | Nr lokalu: | | |
| Telefon | | | |
| E-mail | | | |
| Poziom wykształcenia | | | |
| - niższe niż podstawowe | <input type="checkbox"/> | - podstawowe | <input type="checkbox"/> |
| - gimnazjalne | <input type="checkbox"/> | - ponadgimnazjalne | <input type="checkbox"/> |
| - policealne | <input type="checkbox"/> | - wyższe | <input type="checkbox"/> |

2. OŚWIADCZAM, ŻE (proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani obecnej sytuacji)

| Jestem osobą, która | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. bezrobotną (III profil pomocy) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| 2. zagrożoną ryzykiem ubóstwa/wykluczenia społecznego | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| 3. doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego z więcej jak 1 powodu: | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| - korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej/kwalifikującą się do świadczeń z pomocy społecznej (zgodnie z ustawą o pomocy społecznej) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| - przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| - z rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych (zgodnie z ustawą o wspieraniu rodziny i systemie opieki zastępczej) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| - korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| - niepełnosprawną o: | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| znacznym stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | umiarkowanym st. niepełnosprawn. |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | z niepełnosprawnością intelektualną |
| - Przebywające w młodzieżowym ośrodku środowiskowym wychowawczym i socjoterapeutycznym | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| - niesamodzielną | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| - z terenów wiejskich | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| - Bezdomni /dotknięci wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |

3. OŚWIADCZENIA

| | |
|----|---|
| 1) | Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przywidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą. |
| 2) | Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „ Akademia Aktywności Społeczno-Zawodowej w powiecie Ostródzkim ” jest współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia— Mazury na lata 2014-2020 2014-2020 |
| 3) | Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż: <ul style="list-style-type: none"> - Administratorem Danych Osobowych niezbędnych do realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko – Mazurskiego – Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko – Mazurskiego w Olsztynie z siedzibą przy ul. E. Plater 1, 10-562 Olsztyn; - dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania mającego na celu wybór podmiotu realizującego projekt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 oraz zawarcia i wykonania umowy dotyczącej realizacji projektu; - ww. dane będą gromadzone i przetwarzane w Lokalnym Systemie Informatycznym (LSI), którego administratorem jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko – Mazurskiego – Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko – Mazurskiego w Olsztynie z siedzibą przy ul. E. Plater 1, 10-562 Olsztyn; - dodatkowo ww. dane osobowe będą gromadzone i przetwarzane w Centralnym Systemie Teleinformatycznym (CST), którego Administratorem jest Minister Rozwoju z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wspólnej 2/4; - posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, ich aktualizacji oraz ich poprawiania, a także do wniesienia sprzeciwu ich dalszego przetwarzania przez Administratora Danych Osobowych; - podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym niezbędne do przeprowadzenia postępowania mającego na celu wybór podmiotu realizującego projekt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 oraz zawarcia i wykonania umowy dotyczącej realizacji projektu. |
| 4) | Oświadczam, że zapoznałam(em) się z prawami i obowiązkami uczestnika Projektu określonymi w Regulaminie Rekrutacyjnym i uczestnictwa w projekcie i zobowiązuje się do ich przestrzegania. |
| 5) | Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu projekt CSK ANIMATOR Katarzyna Królak. Partnerowi gminie Morąg , oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta/partnerów uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM 2014-2020 3.Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu |

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA DO PROJEKTU