

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU

## „Projekt szkoleniowy ROPS”

- projekt realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027  
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

## CZEŚĆ A

(wypełnia uczestnik drukowanymi literami)

**Dane uczestnika:**

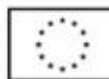
|                                  |                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                              |  |  |               |  |  |  |                                                                                                       |   |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Nazwisko:                        |                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                              |  |  | Imię:         |  |  |  |                                                                                                       |   |  |  |  |  |  |
| Obywatelstwo<br>(zaznaczyć „x”): | <input type="checkbox"/> polskie                                  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE     |  |  |               |  |  |  | <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec |   |  |  |  |  |  |
| PESEL:                           |                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                              |  |  |               |  |  |  |                                                                                                       |   |  |  |  |  |  |
| Wykształcenie:                   | <input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) |  |  |               |  |  |  | <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)                                                           |   |  |  |  |  |  |
| Województwo:                     |                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                              |  |  | Kod pocztowy: |  |  |  |                                                                                                       | - |  |  |  |  |  |
| Miejscowość                      |                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                              |  |  |               |  |  |  |                                                                                                       |   |  |  |  |  |  |
| Telefon kontaktowy:              |                                                                   |  |  |  |  |  |  | e-mail:                                                                      |  |  |               |  |  |  |                                                                                                       |   |  |  |  |  |  |

**Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć „x”):**

|                                                                                                   |                              |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| Osoba obcego pochodzenia<br>(osoba, która nie posiada polskiego<br>obywatelstwa)                  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |                                                    |
| Osoba państwa trzeciego (osoba,<br>która jest obywatelem kraju spoza UE lub<br>bezpaństwowiec)    | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |                                                    |
| Osoba należąca do mniejszości<br>narodowej lub etnicznej, w tym<br>społeczności marginalizowanych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| Osoba w kryzysie bezdomności<br>lub dotknięta wykluczeniem<br>dostępu do mieszkań                 | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |                                                    |
| Osoba z niepełnosprawnościami                                                                     | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |

**Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć „x”):**

|                                                                                                                        |                                                                     |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca                                                                               | <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo                      | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna                                |
| w tym:                                                                                                                 |                                                                     |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej | <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek |



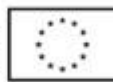
|                                                                                                                                                          |                                                                                                     |                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą                                                                   | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)                                                      | <input type="checkbox"/> inne                                                                       |                                                                                                        |
| <b>Informacja o specjalnych potrzebach, które należy uwzględnić, aby umożliwić komfortowy i pełny udział w wybranej formie wsparcia (zaznaczyć „x”):</b> |                                                                                                     |                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy– brak szczególnych potrzeb <input type="checkbox"/> dotyczy następujących potrzeb:                                  |                                                                                                     |                                                                                                        |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej UM WZ w Szczecinie pn.: „Projekt szkoleniowy ROPS”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027. Priorytet 6: Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego. Cel szczegółowy: Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej, działanie FEPZ.6.18 Rozwój usług społecznych, w tym świadczonych w społeczności lokalnej typ 3.

- Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie pn.: „Projekt szkoleniowy ROPS”.
- Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie, tzn.:
  - Jestem mieszkańcem województwa zachodniopomorskiego, czyli: *(zaznaczyć właściwe)*
    - ☐ mam adres zameldowania lub zamieszkania na terenie województwa zachodniopomorskiego;
    - ☐ posiadam zatrudnienie na terenie województwa zachodniopomorskiego;
  - Przynależę do następującej grupy odbiorców projektu tj.:
    - ☐ przedstawicieli podmiotów/instytucji świadczących usługi społeczne w środowisku lokalnym, tym samym dołączam kopię umowy o pracę lub inny dokument wystawiony przez instytucję potwierdzający zatrudnienie w instytucji z terenu województwa zachodniopomorskiego, świadczące usługi społeczne;
    - ☐ osób pełniących funkcję: wójta, burmistrza, prezydenta, starosty lub skarbnika jednostki samorządu terytorialnego z obszaru województwa zachodniopomorskiego, lub ich zastępcy (osoby decyzyjne), tym samym dołączam uchwałę o wyborze wójta/burmistrza/prezydenta lub powołaniu skarbnika, lub inny dokument potwierdzający pełnienie danej funkcji.
- Wyrażam zgodę na utrwalenie mojego wizerunku na zdjęciach i filmach dokumentujących uczestnictwo w projekcie. Materiały te będą wykorzystane do celów informacyjnych, sprawozdawczych i promocyjnych.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest finansowany ze środków programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

.....  
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)



## KLAUZULA INFORMACYJNA

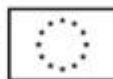
(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Projekt szkoleniowy ROPS” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. Województwo Zachodniopomorskie mający siedzibę przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 40, 70-421 Szczecin, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym: Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie.
2. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach FEPZ 2021-2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
  - a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
  - b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
  - c) Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
4. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Projekt szkoleniowy ROPS”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.
5. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
7. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
  - a) [iod@wup.pl](mailto:iod@wup.pl)
  - b) [abi@wzp.pl](mailto:abi@wzp.pl)
8. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
10. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
11. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis uczestnika projektu



| CZĘŚĆ B<br>(wypełnia Realizator)                                                                                   |  |          |                          |       |                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--------------------------|-------|--------------------------|-----|
| Imię                                                                                                               |  | Nazwisko |                          | PESEL |                          |     |
| Status uczestnika:                                                                                                 |  |          |                          |       |                          |     |
| Przedstawiciel podmiotu/instytucji świadczącej usługi społeczne w środowisku lokalnym w regionie                   |  |          | <input type="checkbox"/> | Tak   | <input type="checkbox"/> | Nie |
| Osoba pełniących funkcję: wójta, burmistrza, prezydenta, starosty lub skarbnika lub ich zastępca (osoby decyzyjne) |  |          | <input type="checkbox"/> | Tak   | <input type="checkbox"/> | Nie |

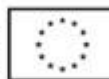
**Potwierdzenie kwalifikowalności uczestnika projektu:**

1. Przedstawiciel podmiotu/instytucji świadczącej usługi społeczne w środowisku lokalnym w regionie, zweryfikowano na podstawie:
  - ☐ kopii umowy o pracę lub zaświadczenia o zatrudnieniu w instytucjach zajmujących się świadczeniem usług społecznych w regionie,
2. Kadra świadcząca usługi społeczne w regionie, zweryfikowano na podstawie:
  - ☐ uchwały o wyborze wójta/burmistrza/prezydenta lub powołaniu skarbnika, lub innego dokumentu potwierdzający pełnienie danej funkcji

Potwierdzam kwalifikowalność uczestnika projektu.

.....

Data i podpis przedstawiciela Realizatora projektu



| CZĘŚĆ C<br>(wypełnia Realizator)                                      |            |                                                      |                                       |                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|
| Imię                                                                  |            | Nazwisko                                             |                                       | PESEL                                                   |  |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie:                                 | -- - - - - |                                                      | Data zakończenia udziału w projekcie: | -- - - - -                                              |  |
| Zakres wsparcia:                                                      |            |                                                      |                                       |                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> rozwój podstawowych umiejętności/kompetencji |            |                                                      |                                       |                                                         |  |
| Rodzaj przyznanego wsparcia:                                          |            |                                                      |                                       |                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> krajowe szkolenie/kurs                       |            | <input type="checkbox"/> zagraniczna wizyta studyjna |                                       | <input type="checkbox"/> krajowa konferencja/seminarium |  |
| Data rozpoczęcia udziału we wsparciu:                                 |            |                                                      | -- - - - -                            |                                                         |  |

.....  
Podpis przedstawiciela Realizatora projektu