**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

1. **DANE PROJEKTU** FERS.04.06-IP.04-0029/23

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa realizatora projektu: | Zachodniopomorskie Forum Organizacji Społecznych ZAFOS |
| Tytuł projektu: | **Aktywni w polityce społecznej** |
| Źródło finansowania: | Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021 -2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus |

1. **DANE ORGANICZACJI POZARZĄDOWEJ,**

**KTÓRA OTRZYMA WSPARCIE W RAMACH PROGRAMU REALIZOWANEGO W RAMACH DZIAŁANIA 4.06 ROZWÓJ DIALOGU OBYWATELSKIEGO PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOLECZNEGO NR UMOWY: FERS.04.06-lP.04-0029/23**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ** (zgodnie z definicją art. 3 ust.2 Ustawy z dnia 24.04.2003 o działalności pożytku publicznego) | **Nazwa organizacji NIP** |  | | | | |
| **Województwo** |  | | | | |
| **Powiat** |  | | **Gmina:** | | |
| **Kod pocztowy/ Miejscowość** |  | | **Ulica/ numer** | | |
| **Siedziba organizacji znajduje się na terenie** (zaznacz odpowiedź) | a) miasta powyżej 100 tys. mieszkańców (duże miasto)  b) miasta powyżej 20 tys. mieszkańców (średnie miasto)  c) miasta do 20 tys. mieszkańców (małe miasto)  d) wiejskim | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | **Adres e-mail:** | | | |
| **Dane osoby/osób upoważnionych do reprezentowania organizacji pozarządowej** | **Imię i nazwisko:** | | | **Funkcja:** | |
| 1. | | |  | |
| 2. | | |  | |
| **Czy Państwa organizacja brała udział w działaniach edukacyjnych w zakresie obszarów rzecznictwa i działań strażniczych finansowanych ze źródeł zewnętrznych?** (zaznacz odpowiedź) | | | | Tak | Nie |

1. **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**KTÓRY OTRZYMA WSPARCIE W RAMACH PROGRAMU REALIZOWANEGO W RAMACH DZIAŁANIA 4.06 ROZWÓJ DIALOGU OBYWATELSKIEGOPROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOLECZNEGO NR UMOWY: FERS.04.06-lP.04-0029/23**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | **Imię** | |  | | | **PESEL** | | | | **Obywatelstwo** | | | |
| **Nazwisko** | |  | | |  | | | |  | | | |
| **Płeć** (zaznacz/ wpisz odpowiedź) | | | | Kobieta | | | | | Mężczyzna | | | |
| Inna: ……………………………………………………… | | | | | | | | |
| **Wykształcenie** | | | | Średnie I stopnia lub  niższe (ISCED 0–2) | | | Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED4) | | | | | Wyższe (ISCED 5 – 8) |
|  | | |  | | | | |  |
| **DANE ADRESOWE** | **Województwo** | | | |  | | | | **Powiat:** | | | | |
| **Gmina** | | | |  | | | | **Kod pocztowy:** | | | | |
| **Miejscowość** | | | |  | | | | **Ulica / numer:** | | | | |
| **Telefon kontaktowy** | | | |  | | | | | **Adres e-mail:** | | | |
| **DODATKOWE INFORMACJE O UCZESTNIKU** | **Pełniona funkcja w reprezentowanej organizacji pozarządowej**  (zaznacz odpowiedź) | | | | 1. członek zarządu 2. członek stowarzyszenia 3. pracownik 4. wolontariusz | | | | | | | | |
| **Czy będzie Pan/Pani pełnić społecznie rolę członka w zespole ds. rzecznictwa i działań strażniczych jako przedstawiciel reprezentowanej organizacji pozarządowej?**  (zaznacz odpowiedź) | | | | | | | | | | | | |
| Tak | | | Nie | | | Jeszcze nie wiem - decyzję podejmę w późniejszym terminie | | | | | | |
| **Osoba z**  **niepełnosprawnościami**  (zaznacz odpowiedź) | | | | TAK | | | | | | NIE | | |
| (jeśli zaznaczył Pan/Pani TAK, **konieczne jest uzupełnienie**  **oświadczenia – wzór na końcu formularza str. 6)** | | | | | | | | |
| Proszę podać **indywidualne potrzeby w zakresie zapewnienia dostępności**  (zaznacz/uzupełnij odpowiedź):  • preferowana forma kontaktu: ……………………………...............................................  …………………………………………………………………………………………………...  • wsparcie asystenta osoby z niepełnosprawnościami,  • wsparcie przewodnika osoby niewidomej,  • wsparcie przewodnika-tłumacza osoby  głuchoniewidomej,  • tłumacz PJM,  • system wspomagający słyszenie (pętla indukcyjna),  • Szczególne potrzeby żywieniowe ( wyrażenie zgody na zabranie ze sobą własnego jedzenia, dla osób stosujących specjalne diety – w przypadku gdy hotel nie ma możliwości jej zapewnienia  • transport specjalistyczny dla osób  z niepełnosprawnością narządu ruchu,  • miejsce parkingowe dla osób  z niepełnosprawnościami,  • wstęp z psem asystującym,  • materiały w z powiększoną czcionką,  • materiały w tekście łatwym do czytania  i zrozumienia (ETR),  • druk wypukły w alfabecie Braille’a,  • inne (jakie?)……………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | |
| 1. **STATUS UCZESTNIKA**   (należy wskazać jedną z czterech wykluczających się pozycji z listy zaznaczając pole  oraz wybrać jedną opcję szczegółową) | | | | | | | | | | | | | |
| **Czy jest pan/pani:**  (proszę zaznaczyć właściwe) | | osobą obcego pochodzenia? | | | | | | | | Tak | | Nie | |
| osobą z państwa trzeciego? | | | | | | | | Tak | | Nie | |
| osoba należącą do mniejszości  narodowej lub etnicznej(w tym  społeczności marginalizowanej)? | | | | | | | | Tak | | Nie | |
| odmawiam podania odpowiedzi | | | |
| osobą bezdomną lub dotkniętą  wykluczeniem z dostępu do mieszkań? | | | | | | | | Tak | | Nie | |
| 1. **STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**   (należy wskazać jedną z czterech wykluczających się pozycji z listy zaznaczając pole  oraz wybrać jedną opcję szczegółową) | | | | | | | | | | | | | |
| **Oświadczam, iż jestem osobą:**   1. **bierną zawodowo -**   w tym:  - nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu;  - uczącą się;  - inne   1. **bezrobotną** **-**   w tym:  - długotrwale bezrobotną  - inne   1. **pracującą** **-**   w tym:  - prowadzącą działalność na własny rachunek  - pracującą w administracji rządowej  - pracującą w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkól i placówek systemu oświaty)  - pracującą w organizacji pozarządowej  - pracującą w MMŚP  - pracującą w dużym przedsiębiorstwie  - pracującą w podmiocie wykonującym działalność leczniczą  - pracującą w szkole lub placówce oświatowej (kadra pedagogiczna)  - pracującą w szkole lub placówce oświatowej (kadra niepedagogiczna)  - pracującą w szkole lub placówce oświatowej (kadra zarządzająca)  - pracującą na uczelni  - pracującą w instytucie naukowym  - pracującą w instytucie badawczym  - pracującą w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz  - pracującą w międzynarodowym instytucie naukowym  - pracującą dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki  - pracującą na rzecz państwowej osoby prawnej  - inne | | | | | | | | | | | | | |

* **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA W SPRAWIE AKCEPTACJI REGULAMINU REKRUTACJI I UDZIAŁU W PROJEKCIE**

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem rekrutacji, akceptuję jego treść oraz potwierdzam udział projekcie **„Aktywni w polityce społecznej”**

………………… ………….……………………………

miejscowość i data czytelny podpis uczestnika

**OŚWIADCZENIE ORGANIZACJI W SPRAWIE SKIEROWANIA PRZEDSTAWICIELA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

Potwierdzam/my skierowanie Pana/Pani…………………………………………… do udziału w projekcie w imieniu reprezentowanej organizacji pozarządowej. Potwierdzam/my zamiar udziału organizacji w pracach zespoły ds. rzecznictwa i działań strażniczych

………………………..………. ………..………….……………………………….…

miejscowość i data czytelny podpis osoby/osób reprezentujących organizację

Pieczątka organizacji

**OŚWIADCZENIE W SPRAWIE WIZURUNKU**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonywanie, gromadzenie i umieszczanie zdjęć zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas realizacji działań zdania publicznego **„Aktywni w polityce społecznej”** na stronie internetowej, w socialmediach Zachodniopomorskie Forum Organizacji Społecznych ZAFOS i partnerów projektu, w celu informacji i promocji projektu.

…..………….……………………. ..………………….……………………….

data czytelny podpis uczestnika projektu

WZÓR – **Oświadczenie o niepełnosprawności**

…………………………………..

miejscowość, data

………………………………..…………

imię i nazwisko uczestnika

………………………………..…………

………………………………..…………

adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że jestem osobom z niepełnosprawnościami oraz posiadam odpowiednie orzeczenie potwierdzający ten fakt, które zostało wydane przez organ do tego uprawniony.

………..………….………………………

czytelny podpis uczestnika projektu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania publicznego „Aktywni w polityce społecznej” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019, poz. 1781 z późn. zm.) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 obejmującej zbieranie, utrwalanie, przetwarzanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie tych danych, a także udostępnianie tych danych do celów monitoringu, kontroli w ramach realizowanego projektu oraz przeprowadzanych na zlecenie Kancelaria Prezesa Rady Ministrów - Departament Społeczeństwa Obywatelskiego**

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Zachodniopomorskie Forum Organizacji Społecznych ZAFOS beneficjent W RAMACH DZIAŁANIA 4.06 ROZWÓJ DIALOGU OBYWATELSKIEGO PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOLECZNEGO, w ramach realizowanego zadania pn. „Aktywni w polityce społecznej”

2.W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej: [kontakt@zafos.pl](about:blank) oraz Instytucją Pośredniczącą: IOD@kprm.qov.pl, efs@kprm.qov.pl

3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji rekrutacji do udziału w projekcie w ramach Programu ROZWÓJ DIALOGU OBYWATELSKIEGO PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOLECZNEGO, a w szczególności: potwierdzenia kwalifikowania do uczestnictwa w projekcie.

4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana biorącego udział w projekcie danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. G Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), zwanego „RODO”.

5. Pani/Pana dane biorącego udział w projekcie zostają powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu projekt Zachodniopomorskie Forum Organizacji Społecznych ZAFOS, Al. Wojska Polskiego 63/9; 70-784 Szczecin. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym działania kontrolne lub badania ewaluacyjne na lecenie Kancelaria Prezesa Rady Ministrów - Departament Społeczeństwa Obywatelskiego. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów - Departament Społeczeństwa Obywatelskiego kontrole i audyt w ramach Programu ROZWÓJ DIALOGU OBYWATELSKIEGO PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOLECZNEGO w celu prawidłowej realizacji zadań, o których mowa w punkcie 3, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.

6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

7. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia realizacji projektu oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji projektu.

9. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

11. Podanie danych jest dobrowolne, ale jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

…..………….……………………. ………………...…………………………

data czytelny podpis uczestnika projektu