

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
PROJEKT: Kompleksowy program rehabilitacji w zakresie chorób
grzbietu i kręgosłupa”
RPLD.10.03.01-10-A014/21

Data wpływu Formularza do biura projektu podpis

Numer ewidencyjny

(wypełnia Beneficjent)

CZĘŚĆ I
DANE PERSONALNE

Imię:			
Nazwisko:			
PESEL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres zamieszkania: ¹			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Miejscowość:	
Gmina:			
Powiat:			
Województwo:			
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			
Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	Ulica:		
	Numer domu:		
	Numer lokalu:		
	Kod pocztowy i miejscowość:		
	Gmina:		
	Powiat:		
	Województwo:		

CZĘŚĆ II
WYKSZTAŁCENIE I STATUS ZAWODOWY

Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0

¹ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu.

Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe):	Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1	
	Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2	
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3	
	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4	
	Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie) ISCED 5	
Status zawodowy Oświadczam, że:	Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy (należy dołączyć zaświadczenie z urzędu pracy) ²	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą bierną zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą pracującą ³	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą (wypełnić w przypadku osób pracujących)	<input type="checkbox"/> pracującą w administracji rządowej, <input type="checkbox"/> pracującą w administracji samorządowej, <input type="checkbox"/> pracującą w MMŚP, <input type="checkbox"/> pracującą w organizacji pozarządowej,

² Osoba bezrobotna – to osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, osoba zarejestrowana jako bezrobotna jest zaliczana do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną¹ w rozumieniu Wytocznych w zakresie przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020..

³ Osoby pracujące to osoby w wieku 15 lat i więcej, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub własną działalność, które jednak chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:

1) osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków;

2) osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np. rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konferencjach lub seminariach);

3) osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobą pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracę wnosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego.

Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”. Żołnierze poborowi, którzy wykonywali określoną pracę, za którą otrzymywali wynagrodzenie lub innego rodzaju zysk w czasie tygodnia odniesienia nie są uznawani za „osoby pracujące” – o ile obowiązkowy pobór i powołanie do wojska dotyczy państwa członkowskiego. Osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, gdzie pracodawca zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i okres ten obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem) są uznawane za „osoby pracujące”. Osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, który zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem) jest uznawana za „osobą pracującą”. Osobę przebywającą na urlopie wychowawczym należy uznawać za bierną zawodowo zgodnie z definicją osoby biernej zawodowo.

		<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie, <input type="checkbox"/> prowadzącą działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne ⁴	
	Wykonywany zawód (wypełnić w przypadku osób pracujących)		
	Zatrudniony w: (wypełnić w przypadku osób pracujących)		
Inne oświadczenia Oświadczam, że:	Jestem osobą w wieku 50 +	TAK	NIE
	Jestem kobietą	TAK	NIE
	Jestem osoba wykonująca pracę siedzącą	TAK	NIE
	Jestem osobą zamieszkujejącą w miejscowości poniżej 20 tys mieszkańców , w tym obszarach wiejskich (DEGURBA3) i/lub miastach średnich w tym tracących funkcje społeczno-gospodarcze (powyżej 20 tys mieszkańców z wyłączeniem miast wojewódzkich lub mniejsze z liczbą osób 15-20 tys będące stolicą powiatu)	TAK	NIE
	Jestem osobą najbardziej narażoną na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliską powrotowi na rynek pracy w wyniku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych	TAK	NIE
	Jestem osobą aktywną zawodowo lub osobą gotową do podjęcia zatrudnienia i deklaruję chęć podjęcia zatrudnienia - dotyczy osób w wieku poprodukcyjnym	TAK	NIE
	Jestem osobą z niepełnosprawnościami	TAK	NIE
	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	TAK	
		NIE	
		ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK		
	NIE		
	ODMOWA PODANIA INFORMACJI		
	TAK		

⁴ Właściwie zakreślić.

	Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ⁵ (inne niż wymienione powyżej)	NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI
CZĘŚĆ III SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU (W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ) ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W PROJEKCIE (W TYM UDZIAŁEM W ORGANIZOWANYCH SPOTKANIACH INFORMACYJNYCH NA TEMAT PROJEKTU) – zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK , proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK , proszę wymienić potrzeby:		
CZĘŚĆ IV OŚWIADCZENIE		

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Projektu „Kompleksowy program rehabilitacji w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa” RPLD.10.03.01-10-A014/21 , potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie

zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu „Kompleksowy program rehabilitacji w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa” RPLD.10.03.01-10-A014/21 oraz akceptuję zawarte w nim warunki

⁵ Osoby w innej niekorzystnej sytuacji to: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; osoby z obszarów wiejskich

zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Kompleksowy program rehabilitacji w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa” RPLD.10.03.01-10-A014/21 jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

.....
data i czytelny podpis

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Kompleksowy program rehabilitacji w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa”

1. Świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do projektu tj.:

- 1) Zamieszkuję w województwie łódzkim
- 2) Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej⁶ (dla osób w wieku poprodukcyjnym – oświadczam, że jestem osobą aktywną zawodowo lub osobą gotową do podjęcia zatrudnienia)
- 3) Jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii :
 - ✓ M47 Spondyloza,
 - ✓ M48 Inne choroby kręgosłupa
 - ✓ M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
 - ✓ M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych
 - ✓ M51 Inne choroby krążka międzykręgowego
 - ✓ M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
 - ✓ M54 Bóle grzbietu(należy dołączyć dokumenty medyczne potwierdzające diagnozę nie starsze niż rok)

- 4) Mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym
- 5) Wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie pn. „Kompleksowy program rehabilitacji w zakresie chorób
- 6) grzbietu i kręgosłupa”
- 7) Nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy ze świadczeń takich jak zaplanowane w projekcie finansowane z innych środków publicznych w tym NFZ

2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe i że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w projekcie.

3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Projektu „Kompleksowy program rehabilitacji w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa” RPLD.10.03.01-10-A014/21 i akceptuję jego warunki.

4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

.....
data i czytelny podpis

⁶ osoba w wieku aktywności zawodowej – osoba w wieku 15 lat i więcej. O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nieokreślony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym).

Oświadczenie uczestnika Programu⁷

Oświadczam, że przystępując do uczestnictwa w projekcie pn. „Kompleksowy program rehabilitacji w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa” w ramach realizacji „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” nie korzystam, jak również w trakcie uczestnictwa w ww. projekcie nie będę korzystał ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych w ciągu ostatnich 6 miesięcy, w tym:

- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ)
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”.
- budżetu samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej.

Nie uczestniczyłem, nie uczestniczę w projekcie współfinansowanym Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w ramach „Ogólnopolskiego programu profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa realizowanych na terenie makroregionu centralnego tj.

- „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w województwie łódzkim i mazowieckim – beneficjent: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów.
- „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” – beneficjent: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. Med. Eleonory Reicher.

.....
miejsowość, data

.....
podpis uczestnika Programu

⁷ Załącznik D do „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Kompleksowy program rehabilitacji w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa” zobowiązuję się, że:

1. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
2. ~~W terminie do od zakończenia udziału w Projekcie dostarczę Beneficjentowi dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej.*~~

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następuję:

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

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

- a) Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
- b) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.

2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

a) w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - iod@lodzkie.pl

b) w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych” - iod@miir.gov.pl lub adres poczty (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Kompleksowy program rehabilitacji w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa” , w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- 1) w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:
 - a) 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,
- 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) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
- 2) w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:
- a) 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,
 - 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) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu 48 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.

5. Odbiorcą moich danych jest:

- a) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
- b) Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
- c) Beneficjent realizujący projekt - Fundacja SWOBODA, ul. Sosnowa 4, 95-015 Głowno

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.

11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowania.

..... , dn. r.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

* Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których istnieje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej.

** W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.