Załącznik nr 10. Formularz zgłoszeniowy do udziału w szkoleniach/ praktykach opiekuńczych dla opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W SZKOLENIACH/PRAKTYKACH OPIEKUŃCZYCH DLA OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH/FAKTYCZNYCH**

**OSÓB NIESAMODZIELNYCH**

**Dane uczestnika**

Niniejszym zgłaszam wolę udziału w szkoleniu opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych

|  |
| --- |
| **TERMIN SZKOLENIA** |
| **MIEJSCE SZKOLENIA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | |
| **IMIĘ** | |  | |
| **NAZWISKO** | |  | |
| **PESEL** | |  | |
| **DANE ADRESOWE (DANE DO KORESPONDENCJI)** | | | |
| Kod pocztowy i poczta | | Ulica nr domu i lokalu | |
|  | |  | |
| Województwo | Powiat | | Miejscowość |
|  |  | |  |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | |
| Telefon kontaktowy | | e-mail | |
|  | |  | |
|  | | | |

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

Miejscowość, data Podpis

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko):

|  |
| --- |
|  |

zamieszkały/a (adres zamieszkania):

|  |
| --- |
|  |

posiadający/a nr PESEL:

|  |
| --- |
| **[\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_]** |

W związku z przystąpieniem do projektu *„Pomocna dłoń”* współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach 9 Osi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.3. Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa- SPR, zakres wsparcia: Typ projektu A - Działania wspierające opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych, **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że:**

* **wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo** w szkoleniu/praktykach opiekuńczych dla opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych**,** realizowanego przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Tarnowie w ramach projektu *„Pomocna dłoń”*
* **zostałam/em poinformowana/y,** iż projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską   
  z Europejskiego Funduszu Społecznego
* **zapoznałam/em się z regulaminem szkoleń i praktyk opiekuńczych dla opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów tego regulaminu**
* **wyrażam zgodę** na publikację mojego wizerunku przez Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Tarnowie w celach realizacji i promocji projektu *„Pomocna dłoń”*

**Jednocześnie oświadczam, iż przyjmuje do wiadomości, że:**

* Administratorem Danych Osobowych jest Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o., z siedzibą w Tarnowie, ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów,
  + moje dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu służącym ewaluacji, monitoringu   
    i promocji Projektu pn*. Pomocna dłoń,*
  + moje dane osobowe mogą być udostępniane organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także Ministerstwu Zdrowia i Krajowemu Punktowi Kontaktowemu oraz innym jednostkom pracującym na ich zlecenie,

**Każdej osobie przysługuje prawo** do dostępu do swoich danych, prawo ich poprawiania oraz prawo do kontroli przetwarzanych danych osobowych zawartych w zbiorze (art. 32-35 Ustawy o ochronie danych osobowych).

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | ……………………………………………………………… |
| miejscowość i data | czytelny podpis |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu **pn. „Pomocna dłoń” nr RPMP.09.02.03-12-0463/17**   
oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków,
2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
3. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
   1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
   2. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
   3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
   4. rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;
4. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Pomocna dłoń”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);
5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Małopolskiemu Centrum Przedsiębiorczości, ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków** (nazwa i adres właściwej IP), beneficjentowi realizującemu projekt – **Mościckiemu Centrum Medycznemu Sp. z o.o., ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów** (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – **Tarnowskiej Agencji Rozwoju Regionalnego S.A., ul. Szujskiego 66, 33-100 Tarnów** (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego[[1]](#footnote-1), Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
6. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później[[2]](#footnote-2);
7. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
8. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15-20 RODO;
9. posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej. Przetwarzanie danych zostanie zaprzestane, chyba że IZ/IP będzie w stanie wykazać, że w stosunku do przetwarzanych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec interesów, praw i wolności lub dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
10. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
11. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
12. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane
13. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iodo@umwm.malopolska.pl lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków;
14. 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[[3]](#footnote-3);
15. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy[[4]](#footnote-4);
16. do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej)[[5]](#footnote-5).

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |

1. Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu (m. in. decyduje tutaj kwestia pomocy publicznej, rozliczania VAT, mechanizmów odzyskiwania, archiwizacji itp.) [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy [↑](#footnote-ref-5)