**Deklaracja uczestnictwa w Projekcie [Pacjent]**

Ja ……………………………............................................……………………………………………….………………………………………....niżej podpisany, deklaruję chęć udziału w Projekcie:

i oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** | |
| Nazwisko |  |
| Imię (Imiona) |  |
| Płeć (K/M) |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo) |  |
| PESEL |  |
| **DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA** | |
| Województwo |  |
| Kod pocztowy, Miejscowość |  |
| Obszar | Obszar miejski  Obszar wiejski |
| Powiat |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA (Proszę zaznaczyć właściwe przez wstawienie znak X)** | |
| **Wykształcenie** | Niższe niż podstawowe  Podstawowe  Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne  Policealne  Wyższe |
| **Inne** | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  tak  nie  odmowa podania informacji  Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  tak  nie  Osoba z niepełnosprawnościami  tak  nie  odmowa podania informacji  Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  tak (w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  tak  nie)  nie  Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu  tak  nie  Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)  tak  nie  odmowa podania informacji  Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy:   tak ( w tym osoba długotrwale bezrobotna)  nie  Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy:   tak (  w tym osoba długotrwale bezrobotna)  nie  Osoba bierna zawodowo:   tak (w tym:  osoba ucząca lub kształcąca się  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  inne)  nie  Osoba pracująca   tak, w tym:  rolnik  osoba samozatrudniona (prowadząca działalność na własny rachunek)  osoba zatrudniona w administracji samorządowej  osoba zatrudniona w administracji rządowej  osoba zatrudniona w organizacji pozarządowej  osoba zatrudniona w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie  (2-49 pracowników)  osoba zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie (50-249 pracowników)  inne, jakie? …………………………………………………………………………  nie  Wykonywany zawód, w tym:  rolnik  instruktor praktycznej nauki zawodu  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  nauczyciel kształcenia ogólnego  nauczyciel kształcenia zawodowego  nauczyciel wychowania przedszkolnego  pracownik instytucji rynku pracy  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  inny  zatrudniony w  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  (nazwa i adres instytucji) |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKLUCZENIA Z UDZIAŁU W PROJEKCIE** | |
| 1. Oświadczam, że korzystałem/-łam**\*** / nie korzystałem/-łam**\*** ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu jednostek chorobowych kwalifikujących do udziału w projekcie w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do projektu. 2. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości\*/ nie przyjmuję do wiadomości\*, że mogę zostać zdyskwalifikowany do udziału w projekcie w przypadku stwierdzenia przeciwwskazań zdrowotnych do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym przez lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej, udzielających świadczeń w projekcie.   **\*niewłaściwe skreślić** | |
| **WSKAZANIE CZŁONKA RODZINY UCZESTNICZACEGO W PROJEKCIE** | |
| Oświadczam, że pozostaję z ………………………………………………………………………………………………………... (imię i nazwisko) w relacji więzów rodzinnych i wskazuję ww. osobę jako „Uczestnika projektu- członka rodziny”.  [ ] nie dotyczy (dot. tylko rehabilitacji chorób przewlekłych układu kostno-mięśniowego i kostnego) | |
| DEKLARACJA DOT. KONTYNUACJI ZATRUDNIENIA / GOTOWOŚCI DO PODJĘCIA ZATRUDNIENIA | |
| Po zakończeniu udziału w projekcie deklaruję kontynuacją zatrudnienia\* / gotowość do podjęcia zatrudnienia\* oraz potwierdzenia tego faktu w formie odpowiednio zaświadczenia / oświadczenia w momencie zakończeniu udziału w Projekcie. | |
| WYBÓR GRUPY WSPARCIA | |
| [ ] Deklaruję chęć udziału w Grupie Wsparcia dla osób [ ] z otyłością [ ] dla palaczy.  [ ] nie dotyczy | |

**OŚWIADCZENIA**

**Ja niżej podpisany/-a** ................................................................................................................   
(imię i nazwisko)

**Pouczony/-a i świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych   
z prawdą:**

* Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminami dotyczącymi realizacji projektu   
  i akceptuję ich warunki (Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego)
* Oświadczam, że zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa   
  w projekcie.
* Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
* Oświadczam, że zakres wsparcia w projekcie nie powiela wparcia otrzymywanego przeze mnie z innych źródeł.
* Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu   
  i ewaluacji projektu.
* Wyrażam nieodpłatną zgodę na nieograniczone czasowo i terytorialnie przetwarzanie wizerunku wyłącznie w celach informacyjnych i promocyjnych projektu zgodnie z Art. 23 ust. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………. | ……………………………………………………………. |
| *(data)* | *(czytelny podpis)* |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU [PACJENT]**

W związku z przystąpieniem do projektu

przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: [kancelaria@slaskie.pl](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: bip.slaskie.pl.
2. Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](file:///C:\Users\idczakt\AppData\Local\Temp\daneosobowe@slaskie.pl).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celuobsługi ww. projektu,   
   dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:

* udzielenia wsparcia
* potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
* monitoringu
* ewaluacji
* kontroli
* audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
* sprawozdawczości
* rozliczenia projektu
* zachowania trwałości projektu
* archiwizacji.

1. Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący   
   na administratorze (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 – dalej: RODO), wynikający z:
2. art. 125 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 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 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
3. art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów   
   w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - EMC Silesia sp. z o.o., ul. Morawa 31, 40-353 Katowice (nazwa i adres Beneficjenta).
5. Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
7. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
9. Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
10. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

1. 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, potwierdzone stosownym dokumentem~~*\*.*
2. ~~W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem~~*~~\*.~~*

Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

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

\*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

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

**ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU LUB DEKLARACJA CHĘCI PODJĘCIA ZATRUDNIENIA**

Dot. projektu

Niniejszym zaświadcza się, że na dzień ……………………………………………………………………………….

Pan / Pani

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

Posiadająca numer PESEL ……………………………………………………….………………………………………..…….

lub w przypadku braku numeru PESEL – legitymującą się dokumentem tożsamości:

……………………………………………………………………………… seria …………………….numer …………………….

[ ]\* Jest zatrudniony/a / samozatrudniony w:

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

Na stanowisku :

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

Na podstawie\*:

* Umowy cywilnoprawnej (umowa zlecenie / umowa o dzieło) do …………………………
* Umowy o pracę na czas określony do …………………………
* Umowy o pracę na czas nieokreślony
* Spółdzielczej umowy o pracę
* Stosunku pracy z powołania
* Stosunku pracy z wyboru
* Stosunku pracy z mianowania
* Właściciel / wspólnik

Osoba, której dotyczy niniejsze zaświadczenie znajduje się\*/nie znajduje się\* w okresie wypowiedzenia umowy o pracę.

*\*zaznaczyć właściwe*

[ ]\*deklaruję chęć podjęcia zatrudnienia.

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

*(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji pracodawcy LUB osoby deklarującej )*

\*zaznaczyć właściwe