**Karta rekrutacyjna dla rodzica**

 **do projektu**

**„Kalejdoskop dziecięcych kompetencji i marzeń”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |
| **1** | **Tytuł projektu „Kalejdoskop dziecięcych kompetencji marzeń”** |
| **2** | **Nr projektu RPWM.02.01.00-28-0013/18** |
| **3** | **Priorytet, w ramach którego realizowany jest projekt 2. Kadry dla gospodarki** |
| **4** | **Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt 2.1 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji przedszkolnej** |

**Projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020**

**Zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie dofinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, poddziałanie:2.1** **Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji przedszkolnej, którego beneficjentem jest Hanna Wasiak Dom Rozwoju Malucha Promyczek. Projekt obejmuje następujące działania:**

**A**.

|  |
| --- |
| **Działania w projekcie** |
| Szkolenie z psychologiem – zaburzenia emocjonalne i depresje wśród dzieci- jak je rozpoznać i pomócSzkolenie z zakresu bezpieczeństwa w sieci |  |

**B.**

|  |
| --- |
| **Dane osobowe** |
| Imię (imiona)  |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Data urodzenia |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Płeć\* | * Kobieta
 | * Mężczyzna
 |
| Wykształcenie |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| obszar\* | * miasto
 | * wieś
 |
| Kod pocztowy/ Poczta |  |
| Miejscowość |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Telefon stacjonarny |  |
| Telefon komórkowy |  |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| **Status na rynku pracy** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy? (jeżeli NIE, proszę przejść do pytania 2)Czy jest Pan/Pani gotowa/y do podjęcia pracy?Czy Pan/Pani aktywnie poszukuje pracy? | * TAK
* TAK
* TAK
 | * NIE
* NIE
* NIE
 |
| w tym: |
| osoba długotrwale bezrobotna | * TAK
 | * NIE
 |
| Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy (jeżeli NIE, proszę przejść do pytania 3) | * TAK
 | * NIE
 |
| w tym: |
| osoba długotrwale bezrobotna | * TAK
 | * NIE
 |
| Czy jest Pan/Pani osobą bierną zawodowo? (jeżeli NIE, proszę przejść do pytania 4)Czy jest Pan/Pani gotowa/y do podjęcia pracy?Czy Pan/Pani aktywnie poszukuje pracy? | * TAK
* TAK
* TAK
 | * NIE
* NIE
* NIE
 |
| w tym: |
| osoba ucząca się | * TAK
 | * NIE
 |
| osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | * TAK
 | * NIE
 |
| Czy jest Pan/Pani osobą pracującą? | * TAK
 | * NIE
 |
| w tym: |
| Osoba pracująca w administracji rządowej |  |
| Osoba pracująca w organizacji samorządowej |  |
| inne |  |
| Osoba pracująca w MMŚP |  |
| Osoba pracująca w organizacji pozarządowej |  |
| Osoba prowadząca działalność na własny rachunek |  |
| Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe** |
| Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | □ Tak □ Nie |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ Tak □ Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami | □ Tak □ Nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | □ Tak □ Nie |

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że spełniam warunki udziału w projekcie. W przypadku potwierdzenia nieprawdy jestem gotowy ponieść konsekwencje (wykluczenie z projektu). Zostałem poinformowany, iż projekt „Kalejdoskop kompetencji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

............................ ........................................

Data i miejscowość podpis uczestnik

**D.** (wypełnia pracownik Biura Projektu)

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | Tak |
| Nie |
| Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia |  |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU dotyczące przetwarzania danych osobowych**

W związku z przystąpieniem przeze mnie do Projektu

pn.”Kalejdoskop dziecięcych kompetencji i marzeń” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: **Instytucja Zarządzająca**).
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.
3. Instytucja Zarządzająca powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@warmia.mazury.pl.
4. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie 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). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktach prawnych:
5. 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,
6. 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,
7. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 ;
8. Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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.
9. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn.”Kalejdoskop dziecięcych kompetencji i marzeń”, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
10. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania, Beneficjentowi realizującemu Projekt - Hanna Wasiak Dom Rozwoju Malucha Promyczek Bartąg 98, 10-687 Bartąg oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Grupa Doradcza Primus S.C. ul. Mickiewicza 31/4, 10-508 Olsztyn
11. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
12. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM lub Beneficjenta \*\*.
13. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu akceptacji sprawozdania końcowego z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 przez Komisję Europejską.
14. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
15. Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
16. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu / Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu./Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu\*\*\*.
17. 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, zgodnie z zakresem danych określonych w *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020* (tzw. Wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego)\*\*\*\*.

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

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

\*\* Należy wykreślić w przypadku sporządzania oświadczenia przez Beneficjenta.

\*\*\* Brak oświadczenia Beneficjenta będącego osobą fizyczną powinien skutkować rozwiązaniem Umowy. Beneficjent winien uzyskać oświadczenie członka personelu Projektu dotyczące przetwarzania jego danych osobowych. Niepotrzebne skreślić.

\*\*\*\* Dotyczy oświadczeń uczestników Projektów dla właściwych typów operacji. Należy wykreślić w przypadku sporządzenia Oświadczenia przez Beneficjenta.