



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie w fazie wdrożeniowej - „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej – adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+”

## **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU DO UDZIAŁU W FAZIE WDROŻENIOWEJ ORAZ DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

Ja, niżej podpisany/-a deklaruję chęć udziału w ramach projektu „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej - adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+” realizowanym przez QS Zurich Sp. z o.o., współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój - Priorytet IV. „Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa”; Działanie 4.3 Współpraca ponadnarodowa.

<b>Dane osobowe</b>		
<b>Imię i nazwisko</b>		
<b>Numer PESEL</b>		
<b>Wiek</b>		
<b>Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)</b>	<b>ISCED 5-8 Wyższe</b>	
	<b>ISCED 4 Policealne</b>	
	<b>ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)</b>	
	<b>ISCED 2 Gimnazjalne</b>	
	<b>ISCED 1 Podstawowe</b>	
	<b>ISCED 0 Brak</b>	
<b>Adres zamieszkanie i dane kontaktowe</b>		
<b>Województwo</b>		
<b>Powiat</b>		
<b>Gmina</b>		
<b>Miejscowość</b>		
<b>Ulica</b>		



<b>Nr budynku</b>	
<b>Nr lokalu</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Numer kontaktowy</b>	
<b>Adres e-mail</b>	

<b>Zatrudnienie</b>		
<b>Zatrudnienie w podmiocie w branży PKD: 87.30.Z, 87.10.Z, 88.1, 86.90.E 86.90.C, 86.21Z lub 86.22.Z</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<b>KADRA ZARZĄDZAJĄCA</b> (stanowisko służbowe)	
<b>Nazwa podmiotu</b>		
<b>Orzeczenie o niepełnosprawności</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

<b>Specjalne potrzeby uczestnika/czki Projektu</b>	
<b>Co możemy zrobić aby Pan/Pani czuł/czuła się komfortowo podczas realizacji Projektu ? Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:</b>	<input type="checkbox"/> Dostosowanie architektoniczne pomieszczeń (np. sale szkoleniowe):.....
	<input type="checkbox"/> Dostosowanie materiałów szkoleniowych w zakresie (jeśli tak, proszę wpisać): .....
	<input type="checkbox"/> Szczególne potrzeby w zakresie żywienia (jeśli tak, proszę wpisać): .....
	<input type="checkbox"/> Zapewnienie asystenta jako wsparcie osoby (jeśli tak, proszę wpisać): .....
	<input type="checkbox"/> Inne, jakie:.....



	<p><u>Preferowana forma kontaktu:</u></p> <p><input type="checkbox"/> e-mail</p> <p><input type="checkbox"/> telefon</p> <p><input type="checkbox"/> SMS</p>
--	--

<b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>				
(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)				
<b>Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>				
Tak		Nie		Odmowa podania informacji
<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>				
Tak			Nie	
<b>Osoba z niepełnosprawnościami<sup>1</sup></b>				
Tak		Nie		Odmowa podania informacji
<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)<sup>2</sup></b>				
Tak		Nie		Odmowa podania informacji

Oświadczam, że:

- Zapoznałam/zapoznałem się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w fazie wdrożeniowej* w Projekcie: „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej -

<sup>1</sup> Osoba w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. , poz. 426, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. 2020 poz. 685, z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym

<sup>2</sup> Dot. osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z Wytocznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 (poza sytuacjami wymienionymi w polach nr 16-18) oraz w szczególności osób zaliczających się do niżej wskazanych grup:

- osoby z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3)
- osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu co najmniej ISCED 1) i będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu



- adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+” wraz z załącznikami, akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. Wyrażam chęć udziału w projekcie „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej - adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+” i oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania będę stosował/a się do zasad, które określać będzie Regulamin Projektu.
  3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w w/w. projekcie;
  4. Mam świadomość prawa do:
    - 1) żądania od współadministratorów dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
    - 2) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (przy czym sprzeciw wobec przetwarzania danych lub żądanie usunięcia jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w projekcie);
    - 3) przenoszenia danych;
    - 4) wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego. Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej - adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+”. W przypadku ich niepodania osoba nie będzie mogła być objęta wsparciem w ramach „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej - adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+”.
  5. Zostałem/-am poinformowany/-a, iż Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
  6. Wyrażam zgodę na zmianę stacjonarnej formy szkolenia na on-line - w razie zmiany sytuacji epidemiologicznej. I tym, samym zgadzam się na nagrywanie szkolenia (w celu potwierdzenia swojej obecności on-line).
  7. Przedstawione przeze mnie w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....  
.....  
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

.....  
.....  
(CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKU)



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

