



KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY

Nr ewidencyjny
...../11.1.1/2016
(wypełnia Biuro projektu)

1. DANE OSOBOWE

Imię (Imiona)		
Nazwisko		
Pesel		
Miejsce i data urodzenia		
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
Adres zamieszkania ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy	Ulica:	
	Nr domu:	
	Nr lokalu:	
	Miejscowość:	
	Kod pocztowy :	
	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina :	
Telefon		
E-mail		
Poziom wykształcenia		
- niższe niż podstawowe		<input type="checkbox"/>
- podstawowe		<input type="checkbox"/>
- gimnazjalne		<input type="checkbox"/>
- ponadgimnazjalne		<input type="checkbox"/>
- policealne		<input type="checkbox"/>
- wyższe		<input type="checkbox"/>
Status na rynku pracy		
1) Jestem osobą bezrobotną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
- zarejestrowaną w urzędzie pracy	<input type="checkbox"/>	
- niezarejestrowaną w urzędzie pracy	<input type="checkbox"/>	
Jestem osobą bierną zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą pracującą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

2. Spełnienie kryteriów dostępu (Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani obecnej sytuacji)

Oświadczam, że

1) Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi, niepełnosprawnością intelektualną oraz z zaburzeniami psychicznymi	<input type="checkbox"/>
2) Jestem osobą korzystającą z pomocy społecznej i jestem zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/>

3. Spełnienie kryteriów pierwszeństwa dotyczy osób niepełnosprawnych

(Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani obecnej sytuacji)

Oświadczam, że

1) Jestem osobą, która nie posiada przeciwwskazań do podjęcia pracy	<input type="checkbox"/>
2) Jestem osobą o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
3) Jestem osobą o znacznym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>



4. Spełnienie kryteriów pierwszeństwa dotyczy osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym (Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani obecnej sytuacji)

Oświadczam, że

1) Jestem osobą, korzystającą z pomocy społecznej poniżej 1 roku	<input type="checkbox"/>
2) Jestem osobą korzystającą z pomocy społecznej powyżej 1 roku	<input type="checkbox"/>
3) Jestem osobą korzystającą z pomocy społecznej z tytułu:	
ubóstwa	<input type="checkbox"/>
bezrobocia	<input type="checkbox"/>
niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych	<input type="checkbox"/>
przemocy w rodzinie	<input type="checkbox"/>
uzależnień	<input type="checkbox"/>
inny (jaki ?)	<input type="checkbox"/>
4) Jestem osobą niesamodzielną i bezradną w rozwiązywaniu własnych problemów	<input type="checkbox"/>
5) Jestem osobą korzystającą Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa PO PŻ bez działań towarzyszących	<input type="checkbox"/>

5. Spełnienie kryteriów pierwszeństwa dotyczy osób niepełnosprawnych i osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym (Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani obecnej sytuacji)

Oświadczam, że

1) Jestem osobą bezrobotną bez prawa do zasiłku (osoby nie pracujące, zarejestrowane w urzędzie pracy, gotowe do podjęcia pracy, aktywnie poszukujące zatrudnienia)	<input type="checkbox"/>
2) Jestem osobą, która nie posiada doświadczenia zawodowego	<input type="checkbox"/>
3) Jestem osobą posiadającą doświadczenie zawodowe poniżej 1 roku	<input type="checkbox"/>
4) Jestem osobą posiadającą doświadczenie zawodowe powyżej 1 roku	<input type="checkbox"/>
5) Jestem osobą, która nie posiada kwalifikacji zawodowych	<input type="checkbox"/>
6) Jestem osobą, która, nie korzystała z pomocy specjalistów w zakresie odnalezienia się w rodzinie, społeczności i na rynku pracy	<input type="checkbox"/>

6. WYKAZ WYMAGANYCH DOKUMENTÓW I ZAŁĄCZNIKÓW

- 1) Orzeczenie o niepełnosprawności – dot. osób ze stopniem niepełnosprawności
- 2) Zaświadczenie z właściwego ośrodka pomocy społecznej o korzystaniu z pomocy społecznej na podstawie art. 7 ustawy o pomocy społecznej – dot. osób korzystających z pomocy społecznej

7. OŚWIADCZENIA

1)	Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przywidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą.
2)	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014r. poz.1182, z późn. zm)
3)	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. 2. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r.poz. 1182, z późn. zm.). Dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020) na podstawie: a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.



	<p>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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),</p> <p>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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),</p> <p>c) Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146);</p> <p>a) 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,</p> <p>b) Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,</p> <p>c) 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).</p> <p>3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Szansa na aktywność w Powiecie Ostródzkim i Nowomiejskim, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.</p> <p>4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania, Beneficjentowi realizującemu projekt – CENTRUM „OKEY” Sp. z o.o. w Ostródzie oraz podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.</p> <p>5. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020 na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta.</p> <p>6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.</p> <p>7. 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.</p> <p>8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.</p>
4)	Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „Szansa na aktywność w Powiecie Ostródzkim i Nowomiejskim ” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2014-2020
5)	Oświadczam, że zapoznałam(em) się z prawami i obowiązkami uczestnika Projektu określonymi w Regulaminie Rekrutacyjnym i uczestnictwa w projekcie i zobowiązuje się do ich przestrzegania

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA DO PROJEKTU