Projekt „WEKTOR. Metropolitalny system finansowania kształcenia”
realizowany przez Agencję Rozwoju Pomorza S.A. w partnerstwie z Wojewódzkim Urzędem Pracy
w Gdańsku w ramach Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+)
z programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu Państwa. Działanie 5.9 Kształcenie ustawiczne na podstawie Umowy nr FEPM.05.09-IZ.00-0003/24-00 zawartej z Województwem Pomorskim.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY I**

osoby dorosłej ubiegającej się o wsparcie

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA AGENCJA ROZWOJU POMORZA S.A.**  |
| Numer zgłoszenia  |  |
| Data i godzina przyjęcia  |  | Tura naboru  |  |

**WYPEŁNIA POTENCJALNY UCZESTNIK PROJEKTU**

**CZĘŚĆ A**

 **DANE OSOBOWE I KONTAKT** *należy wypełnić wszystkie pola*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (Imiona) |  |
| Nazwisko  |  |
| Płeć | ☐ KOBIETA | ☐ MĘŻCZYZNA |
| PESEL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Data urodzenia |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  - |  |  |  - |  |  |

 | RRRR – MM - DD |
| Telefon do kontaktu (obligatoryjnie) |  |
| Adres e-mail (obligatoryjnie) |  |
| NIP W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej na własny rachunek |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  - |  |  |  |  - |  |  |  - |  |  |

 |
| Nazwa firmy |  |

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA** *zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Województwo |  | Powiat |  |
| Gmina |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  | Ulica |  |
| Numer budynku |  | Nr lokalu |  |

**OŚWIADCZENIA KWALIFIKACYJNE**

Zgodnie z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „WEKTOR. Metropolitalny System Finansowania Kształcenia” zasięg terytorialny obejmuje SUBREGION

METROPOLITALNY w tym powiaty: m. Gdańsk, m. Gdynia, m. Sopot, gdański, kartuski, pucki, wejherowski, nowodworski.

Oświadczam, że jestem osobą fizyczną, która w rozumieniu Kodeksu cywilnego:

*należy zaznaczyć X jedno kryterium kwalifikujące dot. miejsca zamieszkania lub uczenia się lub pracy oraz X jeden wybrany dokument wystawiony na osobę wskazaną w formularzu zgłoszeniowym, który zostanie załączony do niniejszego formularza*

|  |  |
| --- | --- |
| **Zamieszkuje na terenie Subregionu Metropolitalnego:**Dokument potwierdzający: | ☐ |
| - pierwsza strona dokumentu podatkowego PIT 37; PIT 38, PIT 36, PIT 28 lub PIT 36L z bieżącego roku złożonego do US (dane osób trzecich muszą być zakryte) z potwierdzeniem złożenia w Urzędzie Skarbowym lub potwierdzenie UPO, jeżeli PIT był złożony przez Internet lub | ☐ |
| - zaświadczenie o zamieszkaniu w domu studenckim, bursie, internacie z datą wystawienia nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia formularza zgłoszeniowego lub | ☐ |
| - umowa najmu mieszkania lub domu / umowa użyczenia lokalu (dane osobowe dotyczące wynajmującego oraz kwota umowy muszą być zakryte); | ☐ |
| - informacja potwierdzająca zameldowanie wydana nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia formularza zgłoszeniowego wraz z odręczną adnotacją potencjalnego uczestnika na zaświadczeniu o miejscu zamieszkania (możliwe do uzyskania pod adresem [Link - Rejestr PESEL GOV](https://www.gov.pl/web/gov/sprawdz-swoje-dane-w-rejestrze-pesel)) | ☐ |
| - decyzja dot. wymiaru podatku od nieruchomości z bieżącego roku; | ☐ |
| - potwierdzenie własności mieszkania lub domu (dane osobowe dotyczące osób trzecich oraz kwoty, numery rachunków bankowych i inne dane wrażliwe muszą być zakryte); | ☐ |
| - rachunki lub faktury za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty wystawione w ostatnich dwóch miesiącach przed dniem złożenia formularza zgłoszeniowego; | ☐ |
| **Uczy się na terenie Subregionu Metropolitalnego:**Dokument potwierdzający: | ☐ |
| - zaświadczenie z właściwej placówki oświatowej z podaniem lokalizacji pobierania nauki z datą wystawienia nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia formularza zgłoszeniowego lub | ☐ |
| - ważna legitymacja szkolna lub legitymacja studencka; | ☐ |
| **Pracuje na terenie Subregionu Metropolitalnego:**Dokument potwierdzający: | ☐ |
| - zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające miejsce zatrudnienia z podaniem lokalizacji wykonywania pracy, z datą wystawienia nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia formularza zgłoszeniowego. | ☐ |
| - **tylko w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą na własny rachunek obligatoryjnie** pierwsza strona zeznania podatkowego z bieżącego roku złożonego do US (dane osób trzecich muszą być zakryte) z potwierdzeniem złożenia w Urzędzie Skarbowym lub potwierdzenie UPO, jeżeli PIT był złożony przez Internet. | ☐ |

**CZĘŚĆ B**

**OBYWATELSTWO** *należy zaznaczyć X jedną odpowiedź*

|  |  |
| --- | --- |
| Obywatelstwo polskie | ☐ |
| Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE | ☐ |
| Brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec | ☐ |

**WYKSZTAŁCENIE** *należy zaznaczyć X jedną odpowiedź- najwyższy posiadany poziom wyksztalcenia*

|  |  |
| --- | --- |
| Średnie I stopnia lub niższe – podstawowe i gimnazjalne (ISCED 0 – 2) | ☐ |
| Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) | ☐ |
| Wyższe (ISCED 5 - 8) | ☐ |

**STATUS NA RYNKU PRACY**

Oświadczam, że: *należy zaznaczyć X jedną z trzech kategorii dot. statusu na rynku pracy oraz zaznaczyć X właściwą podkategorię*

|  |  |
| --- | --- |
| **Jestem osobą pracującą:** | ☐ |
| - prowadzę działalność na własny rachunek | ☐ |
| - pracuję w administracji rządowej | ☐ |
| - pracuję w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) | ☐ |
| - pracuję w organizacji pozarządowej | ☐ |
| - pracuję w MMŚP (mikro, małe i średnie przedsiębiorstwo) | ☐ |
| - pracuję w dużym przedsiębiorstwie | ☐ |
| - pracuję w podmiocie wykonującym działalność leczniczą | ☐ |
| - pracuję w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) | ☐ |
| - pracuję w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) | ☐ |
| - pracuję w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) | ☐ |
| - pracuję na uczelni | ☐ |
| - pracuję w instytucie naukowym | ☐ |
| - pracuję w instytucie badawczym | ☐ |
| - pracuję w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz | ☐ |
| - pracuję w międzynarodowym instytucie naukowym | ☐ |
| - pracuję dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki | ☐ |
| - pracuję na rzecz państwowej osoby prawnej | ☐ |
| - inne | ☐ |
| **Jestem osobą bierną zawodowo:** (nie pracuję, nie jestem zarejestrowany w urzędzie pracy i nie poszukuję pracy) | ☐ |
| - nie uczestniczę w kształceniu lub szkoleniu | ☐ |
| - uczę się/odbywam kształcenie | ☐ |
| - inne | ☐ |
| **Jestem osobą bezrobotną:** (bezrobotny długotrwale – pozostaje w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych) | ☐ |
| - długotrwale bezrobotną | ☐ |
| - inne | ☐ |

**PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ – PREFERENCJE** *należy zaznaczyć X właściwą odpowiedź w każdym polu*

|  |  |
| --- | --- |
| Jestem osobą w wieku 18-29 lat *(weryfikacja na podstawie wskazanego numeru pesel)* | ☐ TAK ☐ NIE |
| Jestem osobą powyżej 55 roku życia *(weryfikacja na podstawie wskazanego numeru pesel)* | ☐ TAK ☐ NIE |
| Jestem osobą długotrwale bezrobotną *(należy przedłożyć zaświadczenie z urzędu pracy o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej)* | ☐ TAK ☐ NIE |
| Jestem osobą o niskich kwalifikacjach zawodowych*(weryfikacja na podstawie oświadczenia)* | ☐ TAK ☐ NIE |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami*(należy przełożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)* | ☐ TAK ☐ NIE☐ ODMOWA podania informacji |
| Jestem osobą sprawującą opiekę nad osobą z niepełnosprawnościami czy osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu *(należy przedłożyć dokument potwierdzający sprawowanie opieki zgodnie z listą dokumentów wyszczególnionych w regulaminie rekrutacji i uczestnictwa)* | ☐ TAK ☐ NIE |

**INFORMACJE DODATKOWE** *należy zaznaczyć X właściwą odpowiedź w każdym polu*

|  |  |
| --- | --- |
| Jestem obywatelem państwa trzeciego *(obywatelem kraju z spoza Unii Europejskiej)*  | ☐ TAK ☐ NIE |
| Jestem osobą obcego pochodzenia*(Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów)* | ☐ TAK ☐ NIE |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej *(zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Definicja wg ustawy z dnia 6 stycznia 2005 r. o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym)* | ☐ TAK ☐ NIE☐ ODMOWA podania informacji |
| Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | ☐ TAK ☐ NIE |

**CZĘŚĆ C**

**WYBRANA USŁUGA ROZWOJOWA**

*Usługa może być wybrana tylko po rejestracji uczestnika w Bazie Usług Rozwojowych. Karta usługi musi zawierać adnotację „możliwość dofinansowania”; Wybrana usługa nie może rozpocząć się wcześniej niż zostanie podpisana Umowa o Dofinansowanie Usługi Rozwojowej*

|  |  |
| --- | --- |
| Numer usługi w Bazie Usług Rozwojowych  |  |
| Nazwa dostawcy usługi / nazwa podmiotu świadczącego usługę (Dostawca Usługi) |  |
| Wartość usługi rozwojowej, zgodnie z kartą usługi(Netto / Brutto) |  |
| Wnioskowana kwota dofinansowania dla usługi rozwojowej (95%) |  |
| Termin realizacji usługi rozwojowej | od \_\_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_\_do \_\_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ |

*należy zaznaczyć X właściwą odpowiedź*

|  |  |
| --- | --- |
| Czy równocześnie korzysta/korzystał/a Pan/Pani z dofinansowania do usług rozwojowych w innym tożsamym projekcie u innego Operatora PSF w ramach więcej niż jednego subregionu (w tym działanie 05.09 Kształcenie ustawiczne FEP 2021-2027), Jeżeli TAK proszę wskazać nazwę Operatora i wypełnić dane poniżej: | ☐ TAK☐ NIE |
| Pomorska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A. w Słupsku | ☐ |
| Powiat Chojnice/Centrum Edukacyjno-Wdrożeniowe w Chojnicach  | ☐ |
| Powiat malborski/Powiatowy Urząd Pracy w Malborku | ☐ |
| Inny (wskaż nazwę): | ☐ |
| data umowy z Operatorem: |  |
| numer usługi rozwojowej: |  |
| Czy równocześnie korzystał/a Pan/Pani z działań dofinansowanych z FERS (w zakresie zielonych kompetencji, w tym kompetencji niezbędnych do pracy w sektorze zielonej gospodarki oraz zarządzania różnorodnością/ wiekiem) | ☐ TAK☐ NIE |
| W przypadku wyboru usługi rozwojowej z zakresu kompetencji cyfrowych czy korzysta/korzystał/a Pan/Pani ze wsparcia w zakresie rozwoju tożsamych kompetencji cyfrowych w ramach Klubów Rozwoju Cyfrowego dofinansowanych z EFS+ w działaniu FERS: 01.09 Rozwój kompetencji cyfrowych? | ☐ TAK☐ NIE |

Czy chciałby Pan/ chciałaby Pani zgłosić uwagi i/lub szczególne potrzeby (np. wynikające
z niepełnosprawności) związane z uczestnictwem w projekcie?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIA:**

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

1. Zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie „WEKTOR. Metropolitalny system finansowania kształcenia.”
i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia.
2. Jestem świadomy / świadoma, że złożenie niniejszego formularza wraz z załącznikami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do objęcia wsparciem w ramach projektu „WEKTOR. Metropolitalny system finansowania kształcenia.”
3. Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Operatora stają się własnością Operatora i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
4. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną
(e-mail) w sprawie uzyskania wsparcia w Projekcie „WEKTOR. Metropolitalny System Finansowania Kształcenia”.
5. Oświadczam, że jestem osobą dorosłą, która z własnej inicjatywy występuje o wsparcie
w Projekcie „WEKTOR. Metropolitalny System Finansowania Kształcenia” w celu podniesienia bądź zmiany swoich kwalifikacji/ umiejętności zawodowych.
6. Oświadczam, że nie jestem producentem rolnym na podstawie §3 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 20 grudnia 2022 r. w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów finansowanych
z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) na lata 2021–2027.
7. Oświadczam, że nie korzystałem/nie korzystałam z usług rozwojowych dofinasowanych
z EFS, których efekty uczenia się i tym samym osiągnięte kompetencje są takie same, jak
w przypadku usług które zostały wskazane w niniejszym formularzu.
8. Oświadczam, że nie biorę udziału w programie FERS (w zakresie zielonych kompetencji,
w tym kompetencji niezbędnych do pracy w sektorze zielonej gospodarki oraz zarządzania różnorodnością/ wiekiem)
9. Oświadczam, że nie uczestniczę w usłudze rozwojowej realizowanej u innego operatora
PSF Działania 5.9 FEP.
10. Oświadczam, że nie jestem powiązany/powiązana kapitało lub osobowo z podmiotem świadczącym wybraną przeze mnie usługę rozwojową (Dostawcą Usługi), przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się w szczególności:
11. udział w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
12. posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji spółki, o ile niższy próg nie wynika
z przepisów prawa;
13. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta lub pełnomocnika;
14. pozostawanie w stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności w wyborze dostawcy usług, w szczególności pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa
w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub
w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
15. Oświadczam, iż nie pozostaję wobec osoby/osób rekrutujących w takim stosunku prawnym lub faktycznym, mogącym budzić wątpliwości co do ich obiektywizmu lub bezstronności.
16. Oświadczam, że wszystkie podane w Formularzu zgłoszeniowym dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym w tym dane dotyczące wykształcenia.
17. Zobowiązuję się do informowania Operatora Projektu o wszelkich zaistniałych zmianach,
w szczególności mających wpływ na treść wydanych oświadczeń i danych kontaktowych.
18. Jestem świadom/świadoma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 w zw.
z § 6 Kodeksu karnego oraz w zw. z art. 47 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022, o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej
2021-2027 (Dz. U. z 2022r. poz. 1079) oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu i załącznikach stanowiących jego integralną część są zgodne z prawdą.

**W ZAŁĄCZENIU:**

**Obowiązkowe, jedno z pkt 1-3 powinno zostać oznaczone TAK** **(brak załącznika skutkuje odrzuceniem formularza):**

1. Dokument poświadczający miejsce zamieszkania, zgodnie z oświadczeniem kwalifikacyjnym.

☐ TAK ☐ NIE

2. Dokument poświadczający miejsce uczenia się, zgodnie z oświadczeniem kwalifikacyjnym.

☐ TAK ☐ NIE

3. Dokument poświadczający miejsce zatrudnienia, zgodnie z oświadczeniem kwalifikacyjnym.

☐ TAK ☐ NIE

**Dodatkowe do potwierdzenia preferencji:**

4. Zaświadczenie z urzędu pracy o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej w dniu jego wydania.

☐ TAK ☐ NIE

5. Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.

☐ TAK ☐ NIE

6. Dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia
w codziennym funkcjonowaniu (zgodnie z pr. 6 regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „WEKTOR. Metropolitalny system finansowania kształcenia”).

☐ TAK ☐ NIE

**Potwierdzające wybór usługi oraz klauzula informacyjna:**

7. Karta usługi rozwojowej

☐ TAK ☐ NIE

8. Załącznik do formularza zgłoszeniowego – klauzula informacyjna

☐ TAK ☐ NIE

…………………………………………………….

*Data, czytelny podpis potencjalnego uczestnika projektu*

*Załącznik do formularza zgłoszeniowego*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z udziałem Pani/Pana w realizacji projektu: „WEKTOR - Metropolitalny system finansowania kształcenia” (Projektu: FEPM.05.09-IZ.00-0003/24-00) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, działanie 5.9 na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2, a także art. 14 ust. 1 i 2 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), zwanego w dalszej części RODO, Agencja Rozwoju Pomorza Spółka Akcyjna z siedzibą w Gdańsku, zwana w dalszej części Spółką informuje, że:

1. Administrator Danych

Administratorem Pana/Pani danych osobowych będzie Agencja Rozwoju Pomorza Spółka Akcyjna z siedzibą w Gdańsku (adres: Al. Grunwaldzka 472 D, 80 - 309 Gdańsk, tel.: + 48 58 323 31 00, adres e-mail: sekretariat@arp.gda.pl) oraz Wojewódzki Urząd Pracy z siedzibą w Gdańsku (adres: ul. Podwale Przedmiejskie 30, 80-824 Gdańsk, tel.: +48 58 326 18 01, adres e-mail: wup@wup.gdansk.pl.), który jest partnerem w Projekcie.

1. Inspektor Ochrony Danych

Spółka wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan skontaktować się
w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod e-mailem: rodo@arp.gda.pl lub pisemnie na adres siedziby Spółki. Kontakt do Partnera w sprawach ochrony danych osobowych: e-mail iod@wup.gdansk.pl  lub pisemny na adres jednostki.

1. Cele i podstawy przetwarzania
	* 1. dane osobowe przetwarzane będą w celu udziału w projekcie WEKTOR. Metropolitalny System Finansowania Kształcenia w szczególności jego realizacji, rekrutacji, rozliczania kontroli, ewaluacji i archiwizacji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e RODO (tj. wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych i w interesie publicznym) w związku z ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027. Wojewódzki Urząd Pracy jako partner w Projekcie będzie przetwarzał Pana/ Pani dane w celu rekrutacji.
		2. dane szczególnej kategorii będą przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g) RODO
		w związku z ustawą z dnia 28 kwietnia 2022r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.
2. Odbiorcy danych

Dane osobowe będą przekazywane podmiotom, którym udostępnimy dokumentację m.in. instytucjom i podmiotom Unii Europejskiej realizującym zadania związane z obsługą Funduszy Europejskich. Dane osobowe będziemy przekazywać innym podmiotom, którym zlecimy usługi związane z powierzeniem przetwarzania danych osobowych, w tym dostawcom usług informatycznych, usług archiwizacji i niszczenia dokumentów. Takie podmioty będą przetwarzać dane na podstawie umowy z nami i tylko zgodnie z naszymi poleceniami. Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu (i uprawnionemu) taką informacją, a także publikowane w BIP.

1. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji umowy i okres przedawnienia roszczeń wynikających z realizowanej przez strony umowy, a także okres obowiązku przechowywania dokumentów księgowych, związanych z realizowaną umową, na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości. Nadto, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w związku z realizacją projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach programów krajowych
i międzynarodowych realizowanych przez Spółkę do upływu terminów wynikających
z zawartych umów do dnia 31 grudnia 2034 r.

1. Prawa osób, których dane dotyczą
	* + 1. Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora:
				- dostępu do swoich danych;
				- do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
				- do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
				- do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
			2. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy RODO.
2. Informacja o dobrowolności podania danych

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem udziału w Projekcie. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność udziału w Projekcie.

…………………………………………………….

*Data, czytelny podpis potencjalnego uczestnika projektu*