FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

projekt: „Asystent – moimi oczami" współfinansowany z PFRON-u.

WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE		
NR FORMULARZ	DATA WŁYWU	GODZINA WPŁYWU

DANE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU				
IMIĘ (IMIONA)				
NAZWISKO				
DATA URODZENIA				
MIEJSCE URODZENIA				
PESEL				
PŁEĆ	KOBIETA		MĘŻCZYZNA	
TELEFON NR				
E-MAIL				
ADRES ZAMIESZKANIA:				
ULICA				
NR DOMU				
NR LOKALU				
KOD POCZTOWY				
MIEJSCOWOŚĆ				
RODZAJ MIEJSCOWOŚCI	WIEŚ		MIASTO	
TYP MIEJSCOWOŚCI:	DO 20 TYS. MIESZKAŃCÓW			
	OD 20 DO 50 TYS. MIESZKAŃSÓW			
	OD 50 DO 100 TYS. MIESZKAŃCÓW			
	POWYŻEJ 100 TYS. MIESZKAŃCÓW			
WOJEWÓDZTWO				

WYKSZTAŁCENIE (zaznaczyć właściwe X)	
NIEPEŁNE PODSTAWOWE	
PODSTAWOWE	
GIMNAZJALNE	
ZAWODOWE	
ŚREDNIE	

POLICEALNE	
WYŻSZE	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY (zaznaczyć właściwe X)	
NIEAKTYWNY ZAWODOWO	
POSZUKUJĄCY PRACY NIEZATRUDNIONY	
POSZUKUJĄCY PRACY ZATRUDNIONY	
BEZROBOTNI	
ZATRUDNIENI W ZAZ	
ZATRUDNIENI W ZPCH	
ZATRUDNIENI NA OTWARTYM RYNKU PRACY	
NIE DOTYCZY	
REJESTRACJA W PUP (zaznaczyć właściwe X)	
ZAREJESTROWANY W PUP	
NIEZAREJESTROWANY W PUP	
UCZESTNICTWO W WARSZTATACH TERAPII ZAJĘCIOWEJ (zaznaczyć właściwe X)	
ABSOLWENCI WTZ	
NIE BYLI W WTZ	
UCZESTNICY WTZ	
ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznaczyć właściwe X)	
STOPIEŃ UMIARKOWANY	
STOPIEŃ ZNACZNY	
SYMBOL PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
DATA WAŻNOŚCI	
CZY UCZESTNICZYCH W INNYCH PROJEKTACH? JEŻELI TAK, PROSZĘ PODAĆ W JAKICH, SKĄD DOFINANSOWANYCH ***	

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Asystent – moimi oczami”, niniejszym oświadczam, że przyjmuje do wiadomości, iż:

1. Administratorami danych osobowych uczestników projektu oraz personelu projektu, zgromadzonych w Ewidencji Godzin Wsparcia są Polski Związek Niewidomych Okręg Podkarpacki oraz PFRON;
2. Polski Związek Niewidomych Okręg Podkarpacki zobowiązuje się do przestrzegania obowiązków administratora danych osobowych, wynikających z przepisów 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 dalej „RODO” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000);
3. W przypadku przetwarzania danych osobowych przez PFRON spełnione są przesłanki wynikające z art. 6 ust. 1 lit. b, c i e RODO oraz z art. 9 ust. 2 lit. b, c, g RODO – dlatego też nie jest konieczne uzyskanie przez PFRON (jako administratora danych osobowych) zgody na przetwarzanie danych osobowych od uczestników projektu oraz personelu projektu. PFRON przetwarza dane ww. osób w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Polski Związek Niewidomych Okręg Podkarpacki oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych;
4. Polski Związek Niewidomych Okręg Podkarpacki zobowiązany jest w szczególności do:

- uzyskania (zgodnie z postanowieniami art. 6 ust. 1 lit. a RODO) zgody na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych od każdej osoby, której dane zostaną zgromadzone przez Zleceniobiorcę w

ramach realizacji projektu; zgoda musi być udzielona na warunkach określonych w art. 7 RODO; brak zgody na przetwarzanie danych osobowych skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w projekcie,
- spełnienia obowiązków informacyjnych wynikających z art. 13 RODO; ponadto, Zleceniobiorca zobowiązany jest do poinformowania uczestników projektu oraz personelu projektu, że ich dane osobowe zostaną przekazane do PFRON za pośrednictwem EGW, celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Polski Związek Niewidomych Okręg Podkarpacki oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON,
- przestrzegania praw osób, których dane dotyczą, określonych w rozdziale III RODO,
- prowadzenia rejestru czynności przetwarzania danych osobowych (art. 30 RODO),
- zachowania bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych (art. 32 RODO),
- przeprowadzenia czynności wskazanych w art. 35 ust. 1-7 RODO.

5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
6. W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informację nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez wszystkie struktury Polskiego Związku Niewidomych, Jednostki Samorządu Terytorialnego oraz Instytucje Rządowe i Samorządowe zajmujące się osobami niepełnosprawnymi w celu realizacji zadań statutowych Polskiego Związku Niewidomych.

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych szczególnych (dotyczących stanu mojego zdrowia) przez wyżej wymienione podmioty.

Zgoda jest dobrowolna ale konieczna w celu uczestniczenia w projekcie „Asystent – moimi oczami"; przynależności do PZN, oraz przy realizacji zadań statutowych PZN. Zostałem/-am poinformowany/-a o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią „Informacji o przetwarzaniu danych osobowych w PZN Okręg Podkarpacki", m. in. Dostępnej na stronie: www.pzn.rzeszow.pl/rodo/

Oświadczam, iż wyrażam zgodę nieograniczoną czasowo na publikację mojego wizerunku w formie zdjęcia przez PZN OP i PFRON.

…….. ……
Miejscowość i data czytelny podpis Uczestnika/-czki Projektu

***

Oświadczam, iż przystępując do projektu: „Asystent – moimi oczami" jednocześnie **uczestniczę / nie uczestniczę *** w innych projektach dofinansowanych ze środków PFRON-u, których cele realizacji **zakładają / nie zakładają *** osiągnięcia takich samych efektów a których realizacja mieści się w jednym z poniższych celów programowych:

Cel konkursu: Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych

Nazwa Projektu: _____

Projekt realizowany przez: _____

Udzielone wsparcie polega na: _____

Oświadczam, iż **nie korzystam z usług asystenckich** w projektach współfinansowanych ze środków unijnych, oraz w projektach realizowanych w ramach programu „Dostępność Plus".

…….. ……
Miejscowość i data czytelny podpis Uczestnika/-czki Projektu

*** niepotrzebne skreślić**