



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI DO PROJEKTU
„PROGRAM PROZDROWOTNY DLA PRACOWNIKÓW ZDZ KIELCE”
realizowanego przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kielcach**

| | |
|---|--|
| Data wpływu i podpis osoby przyjmującej formularz (wypełnia pracownik Biura Projektu) | |
|---|--|

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI WSZYSTKIE BIAŁE POLA

| I. Dane Uczestnika/Uczestniczki Projektu | | |
|---|---|--|
| 1 | Imię (imiona) | |
| 2 | Nazwisko | |
| 3 | PESEL | |
| 4 | Wiek w chwili przystąpienia do Projektu | |
| 5 | Płeć | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| 6 | Wykształcenie | <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) |
| II. Adres zamieszkania/dane kontaktowe | | |
| 7 | Województwo | |
| 8 | Powiat | |
| 9 | Gmina | |
| 10 | Miejscowość | |
| 11 | Ulica | |
| 12 | Nr budynku | |
| 13 | Nr lokalu | |
| 14 | Kod pocztowy | |
| 15 | Telefon kontaktowy | |
| 16 | Adres e-mail | |
| III. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu | | |
| Oświadczam, iż jestem pracownicą/pracownikiem zatrudnionym na umowę o pracę w ZAKŁADZIE DOSKONALENIA ZAWODOWEGO W KIELCACH. | | |
| 17 | GRUPA ZAWODOWA | <input type="checkbox"/> kadra kierownicza <input type="checkbox"/> nauczyciele <input type="checkbox"/> stanowiska administracyjne <input type="checkbox"/> fizjoterapeuci |



| | | |
|---------------------------|--|---|
| | | <input type="checkbox"/> stanowiska gospodarcze |
| 18 | ZAJMOWANE STANOWISKO | |
| 19 | STAŻ PRACY W ZAKŁADZIE | |
| 20 | MIEJSCE WYKONYWANEJ PRACY (jednostka ZDZ/komórka w Biurze Zakładu) | |
| IV. Dane dodatkowe | | |
| 21 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji |
| 22 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 23 | Osoba z niepełnosprawnościami | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (należy załączyć orzeczenie) w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym |
| 24 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji |

25. Zgłaszam specjalne potrzeby w zakresie udziału w Projekcie:

.....

.....

PREFEROWANY RODZAJ ŚWIADCZENIA:

(przy wybranym przez siebie formie wsparcia należy wstawić znak „X” w odpowiednim kwadracie)

| | |
|--|--------------------------|
| KONSULTACJE Z LEKARZEM POZ/LEKARZEM RODZINNYM (obligatoryjne dla wszystkich Uczestników/Uczestniczek) | <input type="checkbox"/> |
| PAKIET BADAŃ PODSTAWOWY (dla każdego) | <input type="checkbox"/> |
| SEMINARIA EDUKACYJNE, W ZAKRESIE PROFILAKTYKI CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH: | |
| PROFILAKTYKA UKŁADU KRAŻENIA | <input type="checkbox"/> |
| PROFILAKTYKA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH | <input type="checkbox"/> |
| ZDROWA DIETA-ZDROWE NAWYKI | <input type="checkbox"/> |
| WARSZTATY NA RZECZ WALKI ZE STRESEM: | |
| „RADZENIE SOBIE ZE STRESEM” (24h) | <input type="checkbox"/> |



| | |
|--|--------------------------|
| „DEPRESJA” (16h) | <input type="checkbox"/> |
| „PSYCHOLOGICZNE I PRAWNE ASPEKTY MOBBINGU” (8h) | <input type="checkbox"/> |
| „WYPALENIE ZAWODOWE” (24h) | <input type="checkbox"/> |
| PSYCHOLOG - KONSULTACJE INDYWIDUALNE (średnio 2h/osobę) | <input type="checkbox"/> |
| FIZJOTERAPEUTA - KONSULTACJE INDYWIDUALNE (średnio 1h/osobę) dla każdego | <input type="checkbox"/> |
| PAKIET REHABILITACYJNY (zabiegi zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty) | <input type="checkbox"/> |
| BASEN (średnio na 10mcy) | <input type="checkbox"/> |
| SIŁOWNIA/FITNESS (średnio na 10mcy) | <input type="checkbox"/> |
| WYJAZD REHABILITACYJNY (7 dniowy) | <input type="checkbox"/> |
| WARSZTATY W ZAKRESIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH: | |
| ZARZĄDZANIE ZESPOŁEM (42h) dla kadry kierowniczej | <input type="checkbox"/> |
| ROZWIĄZYWANIE KONFLIKTÓW (16h) | <input type="checkbox"/> |
| SKUTECZNA KOMUNIKACJA I EFEKTYWNA PRACA W GRUPIE (24h) | <input type="checkbox"/> |
| TRENING KREATYWNOŚCI (24h) | <input type="checkbox"/> |
| ZARZĄDZANIE CZASEM (16h) | <input type="checkbox"/> |
| FOTELE ERGONOMICZNE (doposażenie stanowiska pracy) | <input type="checkbox"/> |
| WYŚWIETLACZE LED do komputerów (doposażenie stanowiska pracy) | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|---|
| Czy wskazane powyżej świadczenia będą dla Pana(i) przydatne w utrzymaniu pracy i/lub przedłużeniu aktywności zawodowej? | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
|---|---|

.....
Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „PROGRAM PROZDROWOTNY DLA PRACOWNIKÓW ZDZ W KIELCACH” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;



- 2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa;
- 3) **moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. Projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności: udzielenia wsparcia, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje, sprawozdawczości, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji.**
- 4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020).
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, Beneficjentowi realizującemu projekt **Zakładowi Doskonalenia Zawodowego w Kielcach, 25-950 Kielce, ul. Paderewskiego 55** oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji ww. Projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 – 2020.
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów, o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w Projekcie.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty iod@zdz.kielce.pl
- 10) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Projektu . **„PROGRAM PROZDROWOTNY DLA PRACOWNIKÓW ZDZ W KIELCACH”** oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 11) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 12) **Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie uczestnictwa w Projekcie pn. „PROGRAM PROZDROWOTNY DLA PRACOWNIKÓW ZDZ W KIELCACH” .**
- 13) Zostałam(em) poinformowana(y), że **Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej - Europejskiego Funduszu Społecznego.**
- 14) **Jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi.**
- 15) **Wyrażam zgodę na publikację zdjęć/nagrań z Projektu z moim udziałem, na stronie internetowej Realizatora oraz na innych materiałach promocyjnych Projektu**

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy
(imię i nazwisko)