**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beneficjent | | | | | **Zachodniopomorska Grupa Doradcza Sp. z o.o.**  Al. Niepodległości 22/2 piętro, 70-412 Szczecin  Tel. 91 85 22 600, e-mail: ponadgranicami@zgd.com.pl | | |
| Tytuł projektu | | | | | „Ponad granicami – mobilność ponadnarodowa szansą  do rozwoju kompetencji zawodowych i kluczowych” | | |
| Nr umowy o dofinansowanie | | | | | **POWR.04.02.00-00-0008/20 z 18.01.2021 r.** | | |
| Data wpływu formularza (wypełnia pracownik Beneficjenta) | | | | | | | \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| Podpis osoby przyjmującej formularz (wypełnia pracownik Beneficjenta) | | | | | | |  |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | |
|  | |  | | Imię (imiona) | |  | |
|  | | Nazwisko | |  | |
|  | | PESEL | |  | |
|  | | Płeć | | [ ] Kobieta [ ] Mężczyzna | |
|  | | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |  | |
|  | | Wykształcenie | | [ ] Niższe niż podstawowe [ ] Podstawowe  [ ] Gimnazjalne [ ] Ponadgimnazjalne  [ ] Policealne [ ] Wyższe | |
|  | | Telefon stacjonarny/ komórkowy | |  | |
|  | | Adres e-mail | |  | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** | | | | | | | |
|  | |  | | Województwo | |  | |
|  | | Powiat | |  | |
|  | | Gmina | |  | |
|  | | Miejscowość | |  | |
|  | | Kod pocztowy | |  | |
|  | | Ulica | |  | |
|  | | Nr budynku | |  | |
|  | | Nr lokalu | |  | |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY**  **(prosimy wypełnić, tylko jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)** | | | | | | | |
|  | |  | | Województwo | |  | |
|  | | Powiat | |  | |
|  | | Gmina | |  | |
|  | | Miejscowość | |  | |
|  | | Kod pocztowy | |  | |
|  | | Ulica | |  | |
|  | | Nr budynku | |  | |
|  | | Nr lokalu | |  | |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** | | | | | | | |
|  |  | | Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy[[1]](#footnote-1) | | | [ ] Tak  [ ] Nie | |
|  | | Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy[[2]](#footnote-2) | | | [ ] Tak  [ ] Nie | |
|  | | … w tym długotrwale bezrobotny[[3]](#footnote-3) | | | [ ] Tak  [ ] Nie | |
|  | | Bierny zawodowo[[4]](#footnote-4) | | | [ ] Tak  [ ] Nie | |
|  | | … w tym osoba ucząca się | | | [ ] Tak  [ ] Nie | |
|  | | … w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | | | [ ] Tak  [ ] Nie | |
|  | | Osobą pracująca (niezależnie od rodzaju umowy) | | | [ ] osoba pracująca w administracji rządowej  [ ] osoba pracująca w administracji samorządowej  [ ] osoba pracująca w MMŚP  [ ] osoba pracująca w organizacji pozarządowej  [ ] osoba prowadząca działalność na własny rachunek  [ ] osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  [ ] inne | |
|  | | Wykonywany zawód | | | [ ] Nauczyciel kształcenia zawodowego  [ ] Nauczyciel kształcenia ogólnego  [ ] Nauczyciel wychowania przedszkolnego  [ ] Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  [ ] Pracownik instytucji rynku pracy  [ ] Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  [ ] Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji  społecznej  [ ] Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i  pieczy zastępczej  [ ] Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  [ ] Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej  [ ] Instruktor praktycznej nauki zawodu  [ ] Rolnik  [ ] Inny | |
| **STATUS UCZESTNIKA[[5]](#footnote-5)** | | | | | | | |
|  |  | | Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | [ ] Tak  [ ] Nie  [ ] Odmowa udzielenia informacji | |
|  | | Osoba z niepełnosprawnościami | | | [ ] Tak  [ ] Nie  [ ] Odmowa udzielenia informacji | |
|  | | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | | | [ ] Tak  [ ] Nie  [ ] Odmowa udzielenia informacji | |
|  | | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | [ ] Tak  [ ] Nie  [ ] Odmowa udzielenia informacji | |
| **MIEJSCE ZATRUDNIENIA** | | | | | | | |
|  | |  | | Nazwa instytucji | |  | |
|  | | Rodzaj instytucji, której głównym celem/przedmiotem działalności podmiotu jest wsparcie terapeutyczne /socjalizacyjne/ wychowawcze | | [ ] instytucja publiczna  [ ] organizacja pozarządowa | |
|  | | NIP instytucji (jeśli dotyczy) | |  | |
|  | | REGON instytucji (jeśli dotyczy) | |  | |
|  | | KRS instytucji (jeśli dotyczy) | |  | |
|  | | Stanowisko | |  | |
|  | | Rodzaj pracy (można zaznaczyć kilka odpowiedzi) | | [ ] wychowawczy  [ ] terapeutyczny  [ ] socjalizacyjny | |
|  | | Rodzaj podopiecznych (można zaznaczyć kilka odpowiedzi) | | [ ] dzieci  [ ] młodzież  [ ] osoby młode wykluczone społecznie lub zagrożone wykluczeniem społecznym | |
|  | | Forma zatrudnienia | | [ ] umowa o pracę  [ ] współpraca na podstawie innego rodzaju umowy,  jakiej: ………………………………………. | |
|  | | Województwo | |  | |
|  | | Powiat | |  | |
|  | | Gmina | |  | |
|  | | Miejscowość | |  | |
|  | | Kod pocztowy | |  | |
|  | | Ulica | |  | |
|  | | Nr budynku | |  | |
|  | | Nr lokalu | |  | |
|  | | Adres e-mail instytucji | |  | |
|  | | Telefon do instytucji oraz imię i nazwisko przedstawiciela instytucji | |  | |
| **MIEJSCE NAUKI (jeśli dotyczy)** | | | | | | | |
|  | |  | | Nazwa szkoły | |  | |
|  | | Województwo | |  | |
|  | | Powiat | |  | |
|  | | Gmina | |  | |
|  | | Miejscowość | |  | |
|  | | Kod pocztowy | |  | |
|  | | Ulica | |  | |
|  | | Nr budynku | |  | |
|  | | Nr lokalu | |  | |

**Załączniki:**

1. Dodatkowe punkty i informacje
2. Oświadczenia i deklaracje
3. Informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych
4. Zaświadczenie Instytucji/Organizacji
5. **Statut, dokument rejestrowy lub inny dokument potwierdzający cele placówki delegującej kandydata**
6. **Kopia orzeczenia o stopniu niepełnoprawności lub innego dokumentu potwierdzającego status osoby z niepełnosprawnością (jeśli dotyczy),**

**DODATKOWE PUNKTY i INFORMACJE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proszę zaznaczyć właściwe** | | |
| **PUNKTY** |  | Czas trwania zatrudnienia w danej placówce:  [ ] do 4 lat [8 pkt]  [ ] 4-6 lat [6 pkt]  [ ] 7-10 lat [4 pkt]  [ ] powyżej 10 lat [2 pkt] |
|  | Zatrudnienie w oparciu:  [ ] umowę o pracę [6 pkt]  [ ] inna forma zatrudnienia [4 pkt] |
|  | Osoba z niepełnosprawnością  [ ] Tak [2 pkt]  [ ] Nie [0 pkt] |
| **PROMOCJA** | O naborze wniosków dowiedziałem/am się z/w:  [ ] ze strony internetowej www.zgd.com.pl  [ ] z Facebooka  [ ] od znajomych/rodziny  [ ] ze spotkań informacyjnych  [ ] inne (jakie?): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **INNE** | Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane  z udziałem w projekcie?  [ ] Nie dotyczy [ ] Nie [ ] Tak  Jeśłi zaznaczono odpowiedź „Tak”, proszę wpisać w odpowiednim miejscu jakie:   * Alternatywne formy dokumentacji (np. większa czcionka): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Specjalne wyżywienie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE**

Ja, niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Kandydata

deklaruję przekazanie współpracownikom swojej instytucji / organizacji wiedzy zdobytej podczas pobytu za granicą w celu jej szerszego zastosowania w pracy z dziećmi, młodzieżą lub osobami młodymi wykluczonymi społecznie lub zagrożonymi wykluczeniem społecznym, z uwzględnieniem następujących standardów:

* zobowiązuję się przeprowadzić przynajmniej jedno dwugodzinne spotkanie dla innych pracowników instytucji celem przekazania zdobytej podczas wyjazdu wiedzy
* przygotuję raport uwzględniający najistotniejsze ustalenia wyjazdu, w tym zaobserwowane dobre praktyki (zawierający min. 5000 znaków), który zostanie udostępniony wszystkim pracownikom merytorycznym mojej macierzystej instytucji.

Ponadto oświadczam, że:

* posiadam zaświadczenie pracodawcy zawierające potwierdzenie zatrudnienia w instytucji publicznej lub organizacji pozarządowej zawierające zgodę pracodawcy na udziału w programie mobilności ponadnarodowej;
* wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne, przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą;
* zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie „*Ponad granicami – mobilność ponadnarodowa szansą do rozwoju kompetencji zawodowych i kluczowych*” zawartymi w Regulaminie uczestnictwa w projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia w/w Regulaminu i zobowiązuję się do ich przestrzegania;
* zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest bezpłatny i wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa;
* zamierzam aktywnie Uczestniczyć we wsparciu zaplanowanym w projekcie;
* zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Miejscowość i data Czytelny podpis uczestnika

**Wymagane załączniki:**

1. Klauzula informacyjna.
2. Pisemna zgoda i rekomendacja pracodawcy do udziału w programie mobilności narodowej (zaświadczenie Instytucji/Organizacji).
3. Dokument rejestrowy instytucji (tylko jeżeli dokumentu nie można pobrać z oficjalnych rejestrów typu KRS) np. statut, dokument założycielski lub innych, w którym określono cele/przedmiot działalności podmiotu.
4. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnoprawności lub innego dokumentu potwierdzającego status osoby z niepełnosprawnością (jeśli dotyczy).

**Załącznik 1**

**Informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych – kandydaci do projektów**

Niniejszym informujemy Pana/Panią, że przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe. Szczegóły tego dotyczące znajdują się poniżej.

**Administrator danych osobowych**

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Zachodniopomorska Grupa Doradcza Sp. z o. o. z siedzibą w 70-412 Szczecin, ul. Niepodległości 22, NIP 955-210-34-12; REGON 812717382, e-mail IOD: iod@zgd.com.pl tel.: 91 85 22 600

**Cele i podstawy przetwarzania**

Dane przetwarzane są w następujących celach:

1. Realizacja projektów UE - dane osobowe zwykłe przetwarzane są na podstawie warunku z art. 6 ust. 1 lit. c, to jest: przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze. Oznacza, to że przepisy prawa wskazują na potrzebę zbierania danych osobowych. Dane osobowe szczególnych kategorii w PO WER przetwarzane są na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g. Ustęp ten wskazuje, że przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii i prawa państwa członkowskiego.
2. Realizacja projektów UE – na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą (art. 7 RODO)

**Odbiorcy danych**

Pana/Pani dane osobowe możemy udostępniać naszym podwykonawcom, czyli podmiotom, z których usług korzystamy przy przetwarzaniu danych osobowych:

* Home.pl ul. Zbożowa, 70-653 Szczecin - w celu zapewniania miejsca na serwerze w kontekście skrzynki pocztowej.
* Master Ryszard Dąbrowski, Wiśniowy Sad 36, Szczecin 71-450 - w celu obsługi infrastruktury informatycznej i sieci wewnętrznej w ZGD Sp. z o.o.

**Przekazywanie danych do państwa trzeciego**

Pana/Pani dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

**Okres przetwarzania danych**

Pana/Pani dane będą przetwarzane do momentu rozliczenia perspektywy finansowej 2014-2020 UE.

**Uprawnienia związane z przetwarzaniem**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Panu/Pani następujące uprawnienia:

* prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
* prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
* prawo do usunięcia danych (jeżeli Pana/Pani zdaniem nie ma podstaw, abyśmy przetwarzali Pana/Pani dane, może Pan/Pani żądać, abyśmy je usunęli),
* prawo do ograniczenia przetwarzania danych (może Pan/Pani żądać, abyśmy ograniczyli przetwarzanie danych wyłącznie do ich przechowywania lub wykonywania uzgodnionych z Panem/Panią działań, jeżeli Pana/Pani mamy nieprawidłowe dane lub przetwarzamy je bezpodstawnie),
* prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych (ma Pan/Pani prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu; powinien Pan/Pani wskazać nam Pana/Pani szczególną sytuację, która Pana/Pani zdaniem uzasadnia zaprzestanie przez nas przetwarzania objętego sprzeciwem. Przestaniemy przetwarzać Pana/Pani dane w tych celach, chyba że wykażemy, że podstawy przetwarzania przez nas danych są nadrzędne wobec Pana/Pani praw lub też, że Pana/Pani dane są nam niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń),
* prawo do przenoszenia danych (ma Pan/Pani prawo otrzymać od nas w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego dane osobowe, które Pan/Pani nam dostarczył na podstawie umowy lub Pana/Pani zgody. Może nam Pan/Pani zlecić przesłanie tych danych bezpośrednio innemu podmiotowi),
* prawo wniesienia skargi od organu nadzorczego (jeżeli stwierdzi Pan/Pani, że przetwarzamy dane niezgodnie z prawem, może Pan/Pani złożyć w tej sprawie skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych lub innego właściwego organu nadzorczego).

W celu wykonania swoich praw prosimy skierować swoje żądanie do Inspektora Danych Osobowych pod adres e-mail iod@zgd.com.pl. Proszę pamiętać, że przed realizacją Pana/Pani uprawnień będziemy musieli odpowiednio Pana/Panią zidentyfikować.

**Informacja o wymogu/dobrowolności podany danych**

Podanie przez Pana/Panią danych jest warunkiem przystąpienie do rekrutacji do projektu.

**Informacja o profilowaniu**

Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie będą profilowane.

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

Podpis osoby, która zapoznała się z klauzulą informacyjną

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

(miejscowość, data)

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

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

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

(pieczęć, nazwa i adres Instytucji/Organizacji)

**Zaświadczenie Instytucji/Organizacji**

Zaświadcza się, że Pan/Pani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(imię i nazwisko)* jest zatrudniona/y w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nazwa podmiotu)* na stanowisku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nazwa stanowiska)* w oparciu o :

[ ] umowa o pracę,

[ ] współprace na podstawie innego rodzaju umowy, jakiej: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

i wykonuje pracę o charakterze *(właściwe zaznaczyć)*:

[ ] wychowawczym,

[ ] terapeutycznym,

[ ] socjalizacyjnym,

z dziećmi, młodzieżą lub osobami młodymi (do 25 r.ż.) wykluczonymi społecznie lub zagrożonymi wykluczeniem społecznym.

Ponadto wyrażam zgodę na udział Pani/Pana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w programie mobilności ponadnarodowej w ramach projektu „Ponad granicami – mobilność ponadnarodowa szansą do rozwoju kompetencji zawodowych i kluczowych”.

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

Podpis osoby reprezentującej instytucję/organizację

1. Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy. [↑](#footnote-ref-2)
3. Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. [↑](#footnote-ref-3)
4. Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). [↑](#footnote-ref-4)
5. odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej) [↑](#footnote-ref-5)