



Tytuł projektu	Rodzina w Centrum 3
Numer projektu	RPKP.09.03.02-04-0068/20
Oś priorytetowa	9. Solidarne społeczeństwo
Działanie	9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych
Poddziałanie	9.3.2 Rozwój usług społecznych
Program Operacyjny	Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020
Realizujący projekt	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu wraz z 24 Partnerami (PCPR/MOPS/MOPR/Fundacja)
Nazwa Partnera realizującego Projekt	

## I. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

1. Deklaruję udział w projekcie pt. „Rodzina w Centrum 3” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Rodzina w Centrum 3”.
3. Oświadczam, że **spełniam warunki uczestnictwa w projekcie.**
4. Korzystam ze wsparcia w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

TAK

NIE

## II. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU PN. RODZINA W CENTRUM 3

1.	Imię i nazwisko										
2.	PESEL										
		weryfikacja nr PESEL ..... (nazwisko osoby weryfikującej - Partner)									
3.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne(zawodowe/liceum/technikum) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe									
4.	Województwo										
5.	Powiat								Gmina		
6.	Adres	Miejscowość									
		Ulica									
		Nr budynku		Nr lokalu		Kod pocztowy					
7.	Telefon kontaktowy (lub tel. kontaktowy do osoby sprawującej opiekę) lub adres mail										
8.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy					<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne				
		<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy					<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne				

Data przystąpienia do pierwszej formy wsparcia (wypełnia Partner)

--

9.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu cd	<input type="checkbox"/> bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne (emeryt/rencista/dziecko do momentu podjęcia nauki)
		<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro-, małym- średnim przedsiębiorstwie (do 250 prac.) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
		Wykonywany zawód (dot. osób pracujących)	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> prowadzący rodzinny dom dziecka <input type="checkbox"/> zawodowa rodzina zastępcza <input type="checkbox"/> inny
		Nazwa zakładu pracy (Pełna nazwa, adres)	
9.	Status osoby w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

Data .....	Miejscowość.....	Podpis <sup>2</sup> .....
------------	------------------	---------------------------

<sup>1</sup>Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze uwzględniać wskazane poniżej grupy: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie; narkomani; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; osoby z obszarów wiejskich.

W przypadku, kiedy dana osoba zostaje uznana za znajdującą się w niekorzystnej sytuacji (np. z ww. powodu wykształcenia) jest jednocześnie np. osobą niepełnosprawną, należy ją wykazać w obu wskaźnikach (dot. niepełnosprawności oraz niekorzystnej sytuacji).

<sup>2</sup> W przypadku danych dotyczących osoby niepełnoletniej formularz podpisuje osoba sprawująca opiekę.

W związku z realizacją wymogów art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych informując, iż:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu, ul. Janiny Bartkiewiczówny 93, 87-100 Toruń,
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – [iod@rops.torun.pl](mailto:iod@rops.torun.pl)
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rekrutacji do projektu „Rodzina w Centrum 3”.
- 4) Podstawą do przetwarzania tych danych jest art. 6 i 9 RODO.
- 5) Odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 6) Państwa dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- 7) Posiadają Państwo prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody.
- 8) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- 9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ich niepodanie może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w pkt 3.