

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Data wpływu Formularza do Biura Projektu

.....

.....

(wypełnia pracownik Biura Projektu)

FORMULARZ REKRUTACYJNY

dla **opiekunki** - kandydata/-tki na uczestnika/-czkę projektu
pn. „Usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych z terenu Miasta i Gminy Morawica”
realizowanego przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Morawicy

Poniższy formularz ma na celu zebranie informacji umożliwiających proces kwalifikujący kandydatów do uczestnictwa w w/w projekcie

Uwaga!

- Formularz rekrutacyjny powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Jeżeli formularz będzie wypełniany komputerowo nie należy zmieniać układu tabel.
- Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy zapoznać się z „Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych z terenu Miasta i Gminy Morawica”.
- Formularz należy złożyć osobiście w siedzibie biura projektu w terminie do **15 lutego 2020r.**
- Wszystkie pola należy wypełnić. Jeżeli dane pole nie dotyczy Kandydata, należy wpisać „nie dotyczy” lub wstawić znak „-” (minus).

| | Lp. | Kategoria danych | Dane |
|------------------------------------|-----|--------------------------------------|--|
| Dane kandydata/ki | 1 | Imię (imiona) | |
| | 2 | Nazwisko | |
| | 3 | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| | 4 | Data i miejsce urodzenia | |
| | 5 | PESEL | |
| Adres zameldowania /zamieszkania * | 6 | Ulica | |
| | 7 | Nr domu/ lokalu | |
| | 8 | Miejscowość | |
| | 9 | Gmina | |
| | 10 | Obszar | <input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski |
| | 11 | Kod pocztowy | |
| | 12 | Województwo | |
| | 13 | Powiat | |
| | 14 | Telefon stacjonarny | |
| | 15 | Telefon komórkowy | |
| | 16 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) | |

| | | | |
|---|--------|--|---|
| Wyszktałcenie | 17 | Podstawowe | <input type="checkbox"/> Tak |
| | | | <input type="checkbox"/> Nie |
| | | Średnie, zawodowe | <input type="checkbox"/> Tak |
| | | | <input type="checkbox"/> Nie |
| 18 | Wyższe | <input type="checkbox"/> Tak | |
| | | <input type="checkbox"/> Nie | |
| Status osoby niepełnosprawnej | 19 | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub dokument równoważny) | <input type="checkbox"/> Tak (proszę załączyć kserokopię, oryginał do wglądu) <input type="checkbox"/> Nie |
| Predyspozycje kandydata/-ki na uczestnika/-kę | 23 | Posiadam kwalifikacje w zakresie opiekun osób starszych i niesamodzielnych | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | | | |
| | 24 | Posiadam doświadczenie w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi i/lub niesamodzielnymi | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | | | |

- ✓ Oświadczam, iż zapoznałem/am się z **Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych z terenu Miasta i Gminy Morawica”**, realizowanym przez Miejsko- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Morawicy oraz zostałem/am poinformowany/a, że w/w projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- ✓ Uprzedzony/a i świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że przedstawione formularzu dane są zgodne ze stanem rzeczywistym.
- ✓ Deklaruję gotowość i wolę uczestnictwa w formach wsparcia zaplanowanych w ramach projektu.
- ✓ **Wyrażam zgodę** na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych w ramach rekrutacji i udziału w w/w projekcie do centralnego systemu teleinformatycznego SL 2014, o którym mowa w art. 69 ust. 1 ustawy z 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t. j. Dz. U. 2018 r., poz. 1431, 1544), wspierającej procesy dotyczące obsługi projektu od momentu podpisania umowy o dofinansowanie - przetwarzanie danych 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) (RPOWS 2014-2020)
- ✓ **Wyrażam/nie wyrażam***** zgodę/zgody na publikację mojego wizerunku do celów związanych z realizacją projektu.

.....
(miejscowość , data i czytelny podpis kandydata/-ki na uczestnika/kę projektu)

*w przypadku gdy adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania, w formularzu należy wpisać adres zameldowania, a także złożyć oświadczenie o miejscu zamieszkania

***niepotrzebne skreślić