Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PROJEKT „Kompetencje plus” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Nr umowy: POWR.02.05.00-00-0361/19-00	
TEMAT SZKOLENIA (proszę wskazać)	
TERMIN (proszę wskazać)	
MIEJSCE: (proszę wskazać)	

Formularz zgłoszeniowy czytelnie wypełniony i podpisany należy przesłać e-mailem (zeskanowany) na adres: **rekrutacjakp@rops.rzeszow.pl** Prosimy o dostarczenie oryginałów dokumentów najpóźniej w dniu szkolenia.
W razie pytań prosimy o kontakt pod numerem telefonu: **17 850 79 24**

DANE INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ PRACOWNIKA

NAZWA INSTYTUCJI	
ADRES	
TELEFON	**E-MAIL**

DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ

IMIĘ I NAZWISKO	
STANOWISKO	
TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny lub komórkowy)	**E-MAIL**
SPECJALNE POTRZEBY (proszę w odpowiednim miejscu wpisać jakie, natomiast w przypadku wystąpienia pierwszych 3 specjalnych potrzeb proszę o ich telefoniczne zgłoszenie pracownikowi ROPS prowadzącemu rekrutację min. 3 dni robocze przed szkoleniem)	
Przestrzeń dostosowana do specjalnych potrzeb ruchowych	
Alternatywne formy materiałów szkoleniowych	
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie	

Specjalne potrzeby żywieniowe		
Inne		
Zwrot kosztów dojazdu na szkolenie	☐ TAK	☐ NIE
Zapewnienie noclegu na szkolenia dwudniowe. W przypadkach określonych w Regulaminie w & 3 pkt. 2b	☐ TAK	☐ NIE

1. Ja, niżej podpisana/y potwierdzam uczestnictwo w szkoleniach organizowanych w ramach projektu „Kompetencje plus", współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Osi Priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji Działanie 2.5 Skuteczna pomoc społeczna Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
2. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kompetencje plus" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Jestem świadoma/y, iż zgłoszenie się do udziału w szkoleniach nie jest równoważne z zakwalifikowaniem.
4. Administratorem Danych Osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
5. Dane osobowe zawarte w formularzu zgłoszeniowym przetwarzane są w celu przeprowadzenia rekrutacji do ww. projektu zgodnie z art. 6 ust.1lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzeniem 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). Mam prawo do żądania wglądu w swoje dane, do ich poprawienia, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
6. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych administratora wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl. Ponadto mogę skontaktować się z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych Partnera projektu: Waldemar Piłat wysyłając wiadomość na adres Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, w przypadku Lidera: ROPS Rzeszów - wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Bartosz Świder b.swider@rops.rzeszow.pl lub adres pocztowy ROPS Rzeszów.
7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu
8. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
9. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej. W oparciu o dane Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji w tym będących wynikiem profilowania.
10. Dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji zgodnie z właściwymi przepisami prawa.
11. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
12. Oświadczam, że tematyka szkoleń jest adekwatna do zajmowanego stanowiska i wykonywanych obowiązków.
13. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail) w ramach organizowania szkoleń.
14. Wyrażam zgodę na zmianę szkoleń z formy stacjonarnej na formę zalaną.
15. W przypadku realizacji szkolenia w formie zdalnej wyrażam zgodę na umożliwienie rejestrowania/ nagrywania szkolenia z moim udziałem do celów projektu, w tym m.in. do monitorowania szkolenia, audytu, kontroli.

…….. ……
Data Podpis kandydata

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY KANDYDATA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW REKRUTACYJNYCH W PROJEKCIE „KOMPETENCJE PLUS" I ZATRUDNIENIU W INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOLECZNEJ

Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za nieprawdziwe zeznania lub zatajenie prawdy **oświadczam, że Pan/Pani ……(kandydat na szkolenie) spełnia kryteria rekrutacyjne - warunki przystąpienia do projektu „Kompetencje plus"** współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Osi Priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.5 Skuteczna pomoc społeczna Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020 poprzez (właściwe zaznaczyć)**:**	
Posiada uprawnienia do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, uzyskanego na podstawie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej lub	TAK ☐
Posiada decyzję o uznaniu kwalifikacji w zawodzie regulowanym pracownika socjalnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 marca 2008 roku o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. Nr 63, poz. 394) lub/i	TAK ☐
Posiada specjalizację I stopnia w zawodzie pracownik socjalny lub	TAK ☐
Ukończył/a studia wyższe na kierunku praca socjalna lub	TAK ☐
Ukończył/a studia wyższe o specjalności praca socjalna na jednym z kierunków, o których mowa w art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej, lub	TAK ☐
Ukończył/a studia wyższe w wyższej szkole zawodowej o specjalności praca socjalna, o której mowa w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej, lub	TAK ☐
Ukończył/a studia wyższe na jednym z kierunków, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt. 3 ustawy o specjalności przygotowującej do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, o której mowa w art. 116 ust. 1 pkt. 3 i ust. 1 a ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej	TAK ☐
Oświadczam iż w/w osoba jest pracownikiem instytucji pomocy i integracji społecznej z terenu województwa podkarpackiego, świętokrzyskiego, lubelskiego* (*właściwe podkreślić) i wyrażam zgodę na jej udział w szkoleniu.	
Oświadczam, że tematyka szkoleń jest adekwatna do zajmowanego stanowiska i wykonywanych obowiązków.	

…….. ……

Pieczęć instytucji

Pieczęć imienna i podpis
kierownika jednostki/pracodawcy