

Załącznik nr 1.2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „SKUTECZNE I PROFESJONALNE
USŁUGI SPOŁECZNE DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”**

– OPIEKUN OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ –

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA:

1. Formularz rekrutacyjny należy wypełnić w **języku polskim**.
2. W miejscach do tego przeznaczonych prosimy o wpisanie **komputerowo** lub **odręcznie i drukowanymi literami** wymaganych informacji.
3. Właściwą odpowiedź prosimy **zakreślić krzyżykiem (X)**.
4. Jeżeli dana rubryka nie dotyczy osoby zainteresowanej, należy umieścić zapis „**nie dotyczy**” albo zakreślić (elektronicznie lub odręcznie) pole wyboru „nie dotyczy”.
5. Wymagane jest **wypełnienie wszystkich pól i uzupełnienie własnoręcznych, czytelnych podpisów** w miejscach do tego wskazanych.

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ FORMULARZ REKRUTACYJNY			
DATA WPŁYNIĘCIA FORMULARZA		PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ DOKUMENT	
INDYWIDUALNY NUMER REKRUTACYJNY			

DANE OSOBOWE KANDYDATA/UCZESTNIKA PROJEKTU¹

IMIĘ												
NAZWISKO												
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIETA						<input type="checkbox"/> MĘCZYZNA					
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (na dzień złożenia Formularza)		PESEL										
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe [brak formalnego wykształcenia]											
	<input type="checkbox"/> podstawowe [kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej]											
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne [kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej]											
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne [kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)]											
	<input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne [kształcenie ukończone na poziomie wyższym]											

¹ Status uczestnika projektu osoba nabywa po wydaniu przez Komisję Rekrutacyjną decyzji kwalifikującej.



	niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym]
	<input type="checkbox"/> wyższe [pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym tj. licencyjnym, magisterskim lub doktorskim]

DANE KONTAKTOWE – MIEJSCE ZAMIESZKANIA

WOJEWÓDZTWO		POWIAT	<input type="checkbox"/> JAWORSKI <input type="checkbox"/> KŁODZKI <input type="checkbox"/> ZĄBKOWICKI <input type="checkbox"/> POWIAT MIASTO LEGNICA	
GMINA		MIEJSCOWOŚĆ		
KOD POCZTOWY		ULICA		
NUMER BUDYNKU		NUMER LOKALU		
TELEFONY KONTAKTOWE	STACJONARNY		KOMÓRKOWY	
ADRES POCZTY E-MAIL				

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym zakwalifikowana do	<input type="checkbox"/> I profilu pomocy	<input type="checkbox"/> II profilu pomocy
	<input type="checkbox"/> III profilu pomocy	<input type="checkbox"/> brak profilu
OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY (tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym zakwalifikowana do	<input type="checkbox"/> I profilu pomocy	<input type="checkbox"/> II profilu pomocy
	<input type="checkbox"/> III profilu pomocy	<input type="checkbox"/> brak profilu
OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym długostrwale bezrobotna niezarejestrowana (tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



OSOBA BIERNA ZAWODOWO	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
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 PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli zaznaczono TAK	<input type="checkbox"/> W GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z DZIEĆMI POZOSTAJĄCYMI NA UTRZYMANIU		
OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH, SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA, KTÓREJ DOCHÓD NIE PRZEKRACZA 150% WŁAŚCIWEGO KRYTERIUM DOCHODOWEGO (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie)	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA W INNEJ, NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ tj. osoba posiadająca aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> OSOBA Z RODZINY rozumiana jako osoba spokrewniona lub niespokrewniona, pozostająca w faktycznym związku, wspólnie zamieszkująca i gospodarująca (w rozumieniu art. 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)
W PRZYPADKU OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ PROSIMY O INFORMACJE DOTYCZĄCE POSIADANEGO ORZECZENIA	Zakład Ubezpieczeń Społecznych		Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności
	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim
	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym

O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I/LUB ZDOLNOŚCI DO PRACY	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym
	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie
OSOBA Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI osoba chora psychicznie – wykazująca zaburzenia psychiatryczne; upośledzona umysłowo, wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)

OSOBA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA LUB RODZINY KORZYSTAJĄCA ZE ŚWIADCZEŃ Z POMOCY SPOŁECZNEJ , zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej LUB KWALIFIKUJĄCE SIĘ DO OBJĘCIA WSPARCIEM POMOCY SPOŁECZNEJ, T.J. SPEŁNIAJĄCE CO NAJMNIEJ JEDNĄ Z PRZESŁANEK OKREŚLONYCH W ART. 7 WW. USTAWY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA, O KTÓREJ MOWA W ART. 1 UST. 2 USTAWY Z DNIA 13 CZERWCA 2003 R. O ZATRUDNIENIU SOCJALNYM²	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA PRZEBYWAJĄCA W PIECZY ZASTĘPCZEJ LUB OPUSZCZAJĄCE PIECZĘ ZASTĘPCZĄ ORAZ RODZINY PRZEŻYWAJĄCE TRUDNOŚCI W PEŁNIENIU FUNKCJI OPIEKUŃCZO - WYCHOWAWCZYCH , o których mowa w ustawie z dn. 9.06.2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

² Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do: 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2) 1) uzależnionych od alkoholu, 3) 1) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.



<p>RODZINA Z DZIECKIEM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>OSOBA NIESAMODZIELNA</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>OSOBA KORZYSTAJĄCA Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

OŚWIADCZENIA

Świadoma(-y) odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań **oświadczam, że:**

- 1) **dane zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą,**
- 2) zostałem(-am) poinformowany(-a), że Projekt „Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób z Niepełnosprawnością” jest dofinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020,
- 3) zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób z Niepełnosprawnością” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia.

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko, podpis

W ZAŁĄCZENIU PRZEDKŁADAM (JEŚLI DOTYCZY):

ZAŁĄCZNIK NR 1	<input type="checkbox"/> zaświadczenie z PUP potwierdzające status osoby bezrobotnej
ZAŁĄCZNIK NR 2	<input type="checkbox"/> kserokopię dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności
ZAŁĄCZNIK NR 3	<input type="checkbox"/> inne _____
ZAŁĄCZNIK NR 4	<input type="checkbox"/> inne _____

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. **Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla osób z niepełnosprawnością** o numerze RPDS-09.02.01-02-026/16 (zwanym dalej „projektem”) oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych jest:
 - a) w odniesieniu do zbioru: Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020 - Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
 - b) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych:
 - a) Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020, e-mail inspektor@umwd.pl;
 - b) Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, e-mail iod@miir.gov.pl.
3. Moje dane osobowe przetwarzane są/będą w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020, a także w celach związanych z odzyskiwaniem środków, celach archiwalnych oraz statystycznych.
4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. a, b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1), dalej zwane RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 na podstawie:
 - a) w odniesieniu do zbioru „Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020”:
 - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1870, z późn. zm.)
 - b) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego

- Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
- rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
5. Odbiorcami moich danych osobowych będą: Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020, Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, Beneficjent, Partner oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 lub beneficjenta. Dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 - 2020 oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014 – 2020.
 6. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby rozliczenia projektu, na potrzeby rozliczenia i zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 oraz do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
 8. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. W tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy.
 9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 10. Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
 11. Po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

ZGODA UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie obejmującym dane osobowe zwykłe i dane osobowe wrażliwe przez Administratora Danych, którym jest:

1. Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego - w odniesieniu do zbioru: „Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014 – 2020”.
2. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa - w odniesieniu do zbioru: „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020.

Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją ww. celu.

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko, podpis