



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

Formularz rekrutacyjny

Ja, niżej podpisana/y :

(imię i nazwisko kandydata)

składam chęć udziału w szkoleniu z medycznego języka angielskiego dla pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych i innych pracowników, którzy realizują zadania związane m. in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej, realizowanym w ramach zadania czwartego projektu POWR.05.02.00-00-0007/19 pn. „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu szkolenia kadr administracyjnych na potrzeby systemu ochrony zdrowia”

w terminie:

(proszę wpisać termin szkolenia)

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam(-em) się z Regulaminem Rekrutacji oraz Regulaminem szkoleń i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w przedmiotowym szkoleniu, tj. w dniu podpisania niniejszego dokumentu, spełniam wszystkie kryteria rekrutacji określone w Regulaminie rekrutacji.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

		Dane kandydata
Imię i nazwisko		
Numer PESEL⁽¹⁾		
Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
Adres zamieszkania	Kraj	
	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Numer budynku	
	Numer lokalu	
	Kod pocztowy	



		Dane kandydata
Adres do korespondencji		
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	
Status Pana/Pani na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu		<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Wykonywany zawód		<input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> inny
Miejsce zatrudnienia		
Czy posiada Pan/Pani znajomość języka angielskiego na poziomie min. B1?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy wykonuje Pan/Pani w swojej pracy zadania związane z dokumentacją medyczną?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy uczestniczył Pan/Pani w szkoleniu objętym wsparciem EFS?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



	Dane kandydata
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
Czy należy Pan/Pani do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest Pan/Pani migrantem lub osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Czy jest Pan/Pani jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy Pan/Pani jest osobą z niepełnosprawnościami?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Czy Pan/Pani jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(data i podpis)

(1) W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(uwzględnia obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu o nr POWR.05.02.00-00-0007/19 pn. „Opracowanie pilotażowe wdrożenie modelu szkolenia kadr administracyjnych na potrzeby systemu ochrony zdrowia” przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich 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, 00-916 Warszawa.

2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:

a) 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.),

b) 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.),

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818, późn. zm.);

d) 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).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorze: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.

4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu nr POWR.05.02.0000-0007/19 pn. „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu szkolenia kadr administracyjnych na potrzeby systemu ochrony zdrowia”, zwanego dalej „projektem” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.



5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Ministrowi Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Departament Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER 2014-2020. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.
6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. W terminie najpóźniej 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
12. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
13. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@mz.gov.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@mfiipr.gov.pl.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 17, 18 i 19 RODO.
15. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

miejsowość, data

czytelny podpis uczestnika