

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
do projektu****„Wsparcie zdrowotne pracowników Centrum Usług Miejskich w Kielcach”**

Szanowni Państwo, Dziękujemy za zainteresowanie Projektem. Niniejszy formularz jest oceniany zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie. Przed wypełnieniem formularza prosimy zapoznać się z poniższą instrukcją wypełniania. Dziękujemy			
Instrukcja wypełniania Formularza:			
1. Wszystkie pola Formularza Zgłoszeniowego muszą być wypełnione.			
2. Formularz należy wypełnić czytelnie, komputerowo lub odręcznie ( <b>DRUKOWANYMI LITERAMI</b> ).			
3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem <b>X</b> .			
4. Brak wymaganych własnoręcznych podpisów pod wszystkimi oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza traktowany jest jako błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza i odstąpieniem od jego oceny.			
<b>Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji w projekcie „Wsparcie zdrowotne pracowników Centrum Usług Miejskich w Kielcach”</b>			
<b>Dane osobowe kandydata/ki na uczestnika/czkę projektu</b>			
<b>Imię</b>			
<b>Nazwisko</b>			
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu</b>
<b>Data urodzenia</b>			
<b>Miejsce urodzenia</b>			
<b>PESEL</b>			
<b>Obywatelstwo</b>	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec		
<b>Adres zamieszkania</b>			
Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Ulica		Nr domu/ Nr lokalu	
Kod pocztowy		Poczta	
Telefon kontaktowy		Adres poczty elektronicznej	



Wykształcenie	
<input type="checkbox"/> <b>brak</b> (brak formalnego wykształcenia) (ISCED 0)	<input type="checkbox"/> <b>podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) (ISCED 1)
<input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) (ISCED 2)	<input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) (ISCED 3)
<input type="checkbox"/> <b>policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) (ISCED 4)	<input type="checkbox"/> <b>wyższe</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich / magisterskich / doktoranckich) (ISCED 5-8)

### Status na rynku pracy w trakcie przystąpienia do projektu:

<b>Osoba obcego pochodzenia</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Osoba państwa trzeciego</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Jestem osobą z niepełnosprawnościami:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak (dołączyć kopię orzeczenia)

### Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

<input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca</b> W tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek oświaty) <input type="checkbox"/> w Centrum Usług Miejskich w Kielcach
--

### Kryteria obligatoryjne

<input type="checkbox"/> Jestem osobą zatrudnioną w Centrum Usług Miejskich w Kielcach	<input type="checkbox"/> tak
--	------------------------------

### Kryteria dodatkowe

<input type="checkbox"/> Jestem osobą powyżej 50 r.ż.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> Jestem osobą niepełnosprawną (OzN ważne na dzień przystąpienia do projektu)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> Jestem osobą posiadającą deficyt narządu wzroku (weryfikacja na podstawie okresowych badań pracowników u okulisty);	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> Jestem osobą posiadającą deficyt/deficyty kostno-szkieletowe/stawowe i/lub problemy z sercem, naczyniami krwionośnymi, układem krążenia (weryfikacja na podstawie zaświadczeń lekarskich).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Deklaruję udział w zadaniu „Rusz się z miejsca!” (jedna z poniższych do wyboru)	
<input type="checkbox"/> Zajęciach na siłowni (35 UP × 12 miesięcy).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> Zajęciach na basenie (25UP × 12 miesięcy – cotygodniowe zajęcia z instruktorem).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

**Pozostałe formy wsparcia są obligatoryjne dla każdego uczestnika/czki, są nimi:**

- Przeprowadzenie badań diagnostycznych na które składają się:
  - konsultacje lekarskie dostępne w godzinach popołudniowych dla każdego uczestnika.
  - badania laboratoryjne m.in badanie krwi i moczu, poziom cukru we krwi, cholesterolu całkowitego, HSL, LDL, poziom witaminy, oznaczenie PSA u mężczyzn powyżej 50 roku życia,
  - badanie USG piersi u kobiet powyżej 40 roku życia,
  - konsultacje z rehabilitantem (po 2 spotkania), który dobierze zabiegi w ramach pakietów rehabilitacyjnych realizowanych w kolejnym wsparciu.
- Działania na rzecz ochrony narządu ruchu – pakiety rehabilitacyjne. Zaplanowano po 10 dni zabiegów dobranych indywidualnie dla każdego uczestnika przez fizjoterapeutę podczas konsultacji realizowanej w poprzednim wsparciu. Pakiet rehabilitacyjne będą realizowane u Partnera Projektu DAR-MEDICA Monika Mazurczak Spółka Komandytowa al. J. Szajnowicza-Iwanowa 13F, 25-636 Kielce.
- Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu i walka ze stresem – warsztaty/szkolenia. W ramach tego wsparcia przewidziano:
  - warsztaty przeciwdziałające wypalaniu zawodowemu - 16 h/gr.
  - szkolenie z zakresu zarządzania stresem i kontrolowania emocji - 8h/gr.
  - warsztat antystresowy z zakresu technik redukcji długotrwałego stresu - 8h/gr.
 Zajęcia będą odbywać się w grupach 15 osobowych w siedzibie Beneficjenta.
- Konsultacje dietetyczne. W ramach konsultacji dietetyk opracuje spersonalizowany plan żywieniowy, który pomoże pracownikom utrzymać zdrową wagę. Odpowiednio dobierze produkty spożywcze, które pomogą w redukcji stresu i poprawie nastroju, a także w jaki sposób unikać pokarmów, które mogą przyczyniać się do wzrostu poziomu kortyzolu, hormonu stresu. W ramach wsparcia przewidziano po dwa indywidualne spotkania z dietetykiem.
- Szkolenie antydyskryminacyjne – 8 h na grupę. Podniesienie świadomości pracowników CUM na temat różnorodności, równości i przeciwdziałania wszelkim formom dyskryminacji w miejscu pracy. Zajęcia będą odbywać się w siedzibie Beneficjenta.

**OŚWIADCZENIA**

Ja niżej

podpisany/a.....

**pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 §.1 Kodeksu Karnego:**

- Oświadczam chęć udziału w Projekcie „Wsparcie zdrowotne pracowników Centrum Usług Miejskich w Kielcach” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 realizowanym przez Ośrodek Kształcenia i Promowania Kadr THETA.
- Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz z budżetu państwa.



3. Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233§ 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem projektu „Wsparcie zdrowotne pracowników Centrum Usług Miejskich w Kielcach” oraz akceptuję jego warunki.
5. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
6. Spełniam wszystkie wymogi formalne określone w Regulaminie oraz zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Realizatora Projektu – Ośrodek Kształcenia i Promowania Kadr THETA o zmianach danych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym.
7. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
8. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
9. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału i przekazania danych w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Realizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej zgodnie z zakresem wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowych, realizacji programów na lata 2021-2027.
10. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora projektu.
11. Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym Pracownika Biura Projektu.
12. Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w FORMULARZU ZGŁOSZENIOWYM dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązywania się przez Realizatora projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Instytucji Pośredniczącej.
13. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych przez Realizatora projektu oraz Instytucję Zarządzającą.
14. Zobowiązuję się w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w projekcie, przekazać Realizatorowi projektu dane dotyczące mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie. Wyrażam zgodę na przekazanie Organizatorowi Projektu danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego, tj. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie.
15. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora o wszelkich zmianach dotyczących danych podanych przeze mnie w niniejszym formularzu.
16. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Ośrodek Kształcenia i Promowania Kadr THETA dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych, marketingowych związanych z realizowanym Projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością projektu.
17. Moja zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz na wykorzystywanie i rozpowszechnianie wizerunku nie jest ograniczona terytorialnie i czasowo.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Kandydata/ki



Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich w/w danych osobowych przez Ośrodek Kształcenia i Promowania Kadr THETA dla potrzeb obecnej i przyszłych rekrutacji zgodnie z 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1. Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem (zgoda niniejsza została wyrażona po otrzymaniu przeze mnie klauzuli informacyjnej od Administratora w trybie art. 13 RODO).

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Kandydata/ki

### **Do formularza należy dołączyć:**

1. Załącznik nr 2. Oświadczenie dotyczące zamieszkania na terenie województwa świętokrzyskiego.
2. Załącznik nr 3. Zaświadczenie od pracodawcy.
3. Załącznik nr 4. Klauzula informacyjna.
4. Załącznik nr 5. Ankieta potrzeb dla osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu.
5. Załącznik nr 6. Oświadczenie o nie korzystaniu z tego samego typu wsparcia.
6. Kopia Orzeczenia o niepełnosprawności (jeśli dotyczy).
7. Zaświadczenie od okulisty o posiadaniu deficytu narządu wzroku (jeśli dotyczy).
8. Zaświadczenie lekarskie o posiadaniu deficytu kostno-szkieletowe/stawowe i/lub problemy z sercem, naczyniami krwionośnymi, układem krążenia (jeśli dotyczy).



Załącznik nr 2

## OŚWIADCZENIE

dotyczące zamieszkania na terenie województwa  
świętokrzyskiego

Ja, niżej podpisany/-a .....  
oświadczam, że zamieszkuję na terenie województwa świętokrzyskiego pod  
adresem:.....  
.....

Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość,  
w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. Oświadczam, że uprzedzony/a  
o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego (Dz. U. Nr 88, poz. 553  
z późn. zm.) – „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub  
w innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega  
karze pozbawienia wolności do lat 3” potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Kandydata/ki



Załącznik nr 3

Kielce .....

.....  
Pieczęć firmowa

## ZAŚWIADCZENIE OD PRACODAWCY

do projektu „Wsparcie zdrowotne pracowników Centrum Usług Miejskich w Kielcach” realizowanego w ramach Działania 07.01. Wsparcie zdrowotne świętokrzyskich pracowników.

Zaświadczam, iż Pan/Pani\*

.....  
(imię, nazwisko, PESEL)

Jest pracownikiem

.....  
(nazwa podmiotu, adres, NIP)

Na stanowisku

Na podstawie umowy

.....  
Typ umowy, wymiar etatu, okres obowiązywania

Staż pracy wynosi

.....  
Miejscowość i data

\* niepotrzebne skreślić

.....  
Podpis osoby reprezentującej firmę i pieczęć firmowa





## Załącznik nr 4

### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 i 14 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 4.5.2016, s. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informuje się, że:

#### **Administratorami Pani/Pana danych osobowych są**

1. Zarząd Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, tel.: 41/395-10-00, fax.: 41/344-52-65, e-mail: [urząd.marszalkowski@sejmik.kielce.pl](mailto:urząd.marszalkowski@sejmik.kielce.pl).
2. Ośrodek Kształcenia i Promowania Kadr THETA w Kielcach ul. Leszczyńska 45, 25-321 Kielce, adres email: [biuro@thetakielce.pl](mailto:biuro@thetakielce.pl), tel. 792 001 138. Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych. W Ośrodku Kształcenia i Promowania Kadr TEHTA w Kielcach został wyznaczony Inspektor ochrony danych (IOD), z którym może się Pani/Pan skontaktować drogą elektroniczną: [biuro@thetakielce.pl](mailto:biuro@thetakielce.pl) lub kierując korespondencję na adres administratora wskazany w pkt 1 powyżej. Szczegółowe dane kontaktowe Inspektora ochrony danych są dostępne: na stronie internetowej [www.thetakielce.pl](http://www.thetakielce.pl) - w zakładce Klauzula informacyjna. Z IOD może się Pani/Pan skontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu na mocy RODO.
3. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego występuje w roli administratora i gestora systemu CST2021 odpowiedzialnego za administrowanie CST2021.

#### **Cele przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane do celów wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze związanych z:

- 1) wykonywaniem zadań związanych z realizacją projektu nr FESW.07.01-IZ.00-0022/24. pn. „Wsparcie zdrowotne pracowników Centrum Usług Miejskich w Kielcach” w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, w szczególności do celów monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz, w stosownych przypadkach, do celów określenia kwalifikowalności uczestników;
- 2) wykonywaniem obowiązku przechowywania dokumentacji związanej z realizacją projektu na warunkach i zasadach określonych w umowie o dofinansowanie z dnia 28.10.2024.





## **Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na zasadach określonych w szczególności w:

- 1) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. Urz. UE L 231 z 30.6.2021, s. 159, z późn. zm.);
- 2) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylającego rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.6.2021, s. 21, z późn. zm.);
- 3) ustawie z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. z 2022 r. poz. 1079), zwanej dalej „ustawą wdrożeniową”.

## **Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:**

- 1) art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 87 ust. 1 i art. 88 ustawy wdrożeniowej – przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze;
- 2) art. 9 ust. 2 lit. g RODO w zw. z art. 87 ust. 3 ustawy wdrożeniowej – przetwarzanie danych dotyczących pochodzenia rasowego lub etnicznego lub zdrowia, o których mowa w art. 9 RODO, jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, z obowiązkiem zachowaniem poufności tych danych przez osoby upoważnione do ich przetwarzania.;
- 3) art. 10 RODO w zw. z art. 87 ust. 3 ustawy wdrożeniowej – przetwarzanie danych dotyczących terminu zakończenia odbywania kary pozbawienia wolności przez osoby skazane, o których mowa w art. 10 RODO, odnoszących się do tych osób, może być dokonywane na podstawie art. 6 ust. 1 RODO wyłącznie pod nadzorem władz publicznych lub jeżeli przetwarzanie jest dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw i wolności osób, których dane dotyczą, z obowiązkiem zachowaniem poufności tych danych przez osoby upoważnione do ich przetwarzania.

## **Kategorie odnośnych danych osobowych**

Zakres Pani/Pana danych osobowych, które może przetwarzać Administrator wynika z art. 87 ust. 2 i 3 ustawy wdrożeniowej.

## **Źródło pochodzenia danych osobowych**

Zgodnie z art. 87 ust. 1 ustawy wdrożeniowej Pani/Pana dane osobowe są pozyskiwane:



Projekt „Wsparcie zdrowotne pracowników Centrum Usług Miejskich w Kielcach” realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

- 1) bezpośrednio od Panią/Pana;
- 2) z systemu teleinformatycznego lub
- 3) z rejestrów publicznych, o których mowa w art. 92 ust. 2 ustawy wdrożeniowej.

### **Odbiorcy danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione m.in. innym podmiotom na podstawie przepisów prawa, w szczególności podmiotom, o których mowa w art. 87 ust. 1 i art. 89 ust. 1 ustawie wdrożeniowej, organom Komisji Europejskiej, podmiotom upoważnionym przez Administratora, w tym pracownikom i współpracownikom Administratora, podmiotom, które wykonują usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym, operatorom pocztowym lub kurierskim.

### **Przekazanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.

### **Okres przechowywania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, o których mowa powyżej.

### **Prawa osoby, której dane dotyczą**

Jeśli podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g, art. 10 RODO, posiada Pani/Pan prawo:

- 1) dostępu do treści danych osobowych i uzyskania ich kopii (art. 15 RODO);
- 2) do sprostowania danych (art. 16 RODO);
- 3) do ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO).

### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Na podstawie art. 77 RODO ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

### **Informacja o wymogu podania danych osobowych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Ich niepodanie uniemożliwi realizację przez Administratora celów określonych powyżej.

### **Informacja dotycząca zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, w tym profilowania**

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Oświadczam, że zapoznałem się z zawartymi w niniejszej klauzuli informacjami na temat przetwarzania danych osobowych.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Kandydata/tki



Załącznik nr 5

## **Ankieta potrzeb dla osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu**

pn. „Wsparcie zdrowotne pracowników Centrum Usług Miejskich  
w Kielcach”

Niniejsza ankieta ma na celu poznanie rzeczywistych potrzeb osób niepełnosprawnych, w celu zniwelowania barier oraz ułatwić osobom z niepełnosprawnościami udział we wsparciu oferowanym w ramach projektu.

1. Dane osobowe kandydata/ kandydatki:

Imię i nazwisko .....

2. Czy posiada Pan/i bariery/problemy wynikające z niepełnosprawności w związku z chęcią wzięcia udziału w projekcie?

- TAK (proszę podać jakie) .....
- NIE

3. Proszę zaznaczyć znakiem X z jakiego wsparcia chciałby/a Pan/i skorzystać w związku z potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu:

- Tłumacza języka migowego
- Asystenta osoby z niepełnosprawnością
- Pętli indukcyjnej
- Toalety dla osób niepełnosprawnych
- Materiałów szkoleniowych w formie dostępnej dla osób z niepełnosprawnościami np. elektronicznej z możliwością powiększania druku lub odwrócenia kontrastu
- Inne (proszę podać jakie) .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis kandydata/tki



Załącznik nr 6

## OŚWIADCZENIE

o nie korzystaniu z tego samego typu wsparcia

Ja, niżej podpisany/a

.....,

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Wsparcie zdrowotne pracowników Centrum Usług Miejskich w Kielcach” oświadczam, że nie biorę udziału w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz zobowiązuję się, że do momentu zakończenia wsparcia w projekcie pn. „Wsparcie zdrowotne pracowników Centrum Usług Miejskich w Kielcach” nie będę uczestniczył w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/ki