**WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO**

**do udziału w szkoleniu / superwizji w ramach Projektu**

**pn. *„Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny* i pieczy zastępczej”, realizowanego przez Regionalny Ośrodek   
Polityki Społecznej w Krakowie**

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach

**Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój,**

**Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji**

**Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wypełnia: REGIONALNY OŚRODEK POLITYKI SPOŁECZNEJ W KRAKOWIE** | | |
| Formularz numer: | Data wpływu Formularza:  \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ dzień – miesiąc - rok | Podpis osoby przyjmującej Formularz: |

# CZĘŚĆ A FORMULARZA

# WYPEŁNIA KAŻDORAZOWO PRZEZ WSZYSTKICH KANDYDATÓW DO UDZIAŁU W KONKRETNYM SZKOLENIU / SUPERWIZJI

1. **PODSTAWOWE INFORMACJE (wypełnia Kandydat)**

|  |  |
| --- | --- |
| **TYTUŁ SZKOLENIA** | **„Spalam się! Proces wypalenia zawodowego jako wyzwanie dla siebie i zespołu”** |
| **Termin szkolenia (do wyboru)** | * **17-18.10.2022r.** * **24-25.10.2022r.** * **03-04.11.2022r.** * **07-08.11.2022r.** |
| **Imię i nazwisko Kandydata** |  |
| **Nr PESEL** |  |
| **Nr telefonu kontaktowego** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Miejsce zatrudnienia (nazwa instytucji lub w przypadku rodzin zastępczych właściwy ORPZ)** |  |
| **Stanowisko** |  |
| **CZYTELNY PODPIS KANDYDATA** |  |

1. **INDYWIDUALNIE UZASADNIENIE POTRZEBY UDZIAŁU W SZKOLENIU / SUPERWIZJI**w odniesieniu do wykonywanych obowiązków służbowych (zakresu czynności) / zajmowanego stanowiska / pełnionej funkcji **(wypełnia Kandydat)\* KRYTERIUM PUNKTOWANE**

|  |
| --- |
| **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

1. **ZAANGAŻOWANIE KANDYDATA DO DOSKONALENIA ZAWODOWEGO (wypełnia Kandydat)\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **TAK** | **NIE** |
|  | Czy deklaruje Pan/i gotowość systematycznego uczestnictwa w formach podnoszenia kompetencji zawodowych realizowanych w ramach Projektu – na poziomie minimum 80% frekwencji na zajęciach? |  |  |
|  | Czy deklaruje Pan/i gotowość przystąpienia do testu końcowego po zakończonym szkoleniu? (nie dotyczy superwizji) |  |  |

\*Udzielenie odpowiedzi „NIE” na pytanie nr 1 lub 2. Wyklucza możliwość udziału w szkoleniu.

1. **OPINIA INSTYTUCJI KIERUJĄCEJ KANDYDATA NA SZKOLENIE / SUPERWIZJĘ DOTYCZĄCĄ POTRZEBY UCZESTNICTWA W SZKOLENIU / SUPERWIZJI (wypełnia Dyrektor instytucji kierującej Kandydata na szkolenie / superwizję.) KRYTERIUM PUNKTOWANE**

|  |
| --- |
| Proszę przedstawić  **opinię dotyczącą potrzeby uczestnictwa Kandydata** w szkoleniu / superwizji – w odniesieniu do wykonywanych przez niego obowiązków służbowych (zakresu czynności / zajmowanego stanowiska / pełnionej funkcji:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **W odniesieniu do wykonywanych obowiązków służbowych (zakresu czynności) / zajmowanego stanowiska / pełnionej funkcji, kompetencje, które Kandydat uzyska / podniesie wskutek udziału w szkoleniu / superwizji \*** (proszę wybrać jedną odpowiedź):   * są szczególnie istotne (kluczowe) * są istotne, ale nie kluczowe * mają charakter uzupełniający   W sytuacji zakwalifikowania do udziału w szkoleniu Pan/i ………………………………………………………………. Będzie oddelegowany/a do udziału w szkoleniu.  ………………………………………………….  **PODPIS I PIECZĄTKA Dyrektora**  \* Opinia i informacja o oddelegowaniu nie dotyczy sytuacji:  a) gdy Kandydat jest osobą zarządzającą daną instytucją  b) gdy Kandydat jest rodzicem zastępczym – rodzice zastępczy w ramach niniejszego kryterium otrzymują 2 punkty |

**Pytanie dodatkowe dot. ZAKWATEROWANIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy podczas szkolenia potrzebne będzie zakwaterowanie?** | * TAK\* * NIE |

\*w przypadku odpowiedzi „TAK” proszę o wypełnienie Oświadczenia dot. zakwaterowania

# CZĘŚĆ B FORMULARZA

# WYPEŁNIANA TYLKO PRZEZ OSOBY, KTÓRE DOTYCHCZAS NIE UCZESTNICZYŁY W ŻADNYM SZKOLENIU / SUPERWIZJI REALIZOWANYCH W RAMACH PROJEKTU PN. „DOSKONALENIE KOMPETENCJI KADR SYSTEMU WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ”

1. **DANE KANDYDATA ORAZ INSYTUCJI KIERUJĄCEJ NA SZKOLENIE** (wypełnia Kandydat)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Imię i nazwisko** |  |
| 1. **Data urodzenia** |  |
| 1. **PESEL** |  |
| 1. **Płeć** | * Kobieta * Mężczyzna |
| 1. **Wykształcenie** (należy zaznaczyć jedną z opcji – tj. najwyższy ukończony poziom wykształcenia, zgodnie z definicjami podanymi w Załączniku nr 2 do Regulaminu) | * niższe niż podstawowe * podstawowe * gimnazjalne * ponadgimnazjalne * policealne * wyższe |
| 1. **Adres zamieszkania kandydata** (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego tj. miejscowość, w której Kandydat przebywa z zamiarem stałego pobytu) |  |
| 1. **Ulica** |  |
| 1. **Numer budynku** |  |
| 1. **Numer lokalu** |  |
| 1. **Kod pocztowy** |  |
| 1. **Miejscowość** |  |
| 1. **Gmina** |  |
| 1. **Powiat** |  |
| 1. **Województwo** |  |
| 1. **Miejsce zatrudnienia – Instytucja kierująca kandydata na szkolenie (w przypadku rodzin zastępczych ORZ właściwy ze względu na miejsce zamieszkania)** |  |
| 1. **Pełna nazwa Instytucji** |  |
| 1. **Adres instytucji** |  |
| 1. **NIP Instytucji** |  |
| 1. **Telefon instytucji** |  |
| 1. **Adres e-mail Instytucji** |  |
| 1. **Liczba zatrudnionych pracowników** |  |
| 1. **Wykonywany zawód / stanowisko służbowe / pełniona funkcja** |  |
| 1. **Staż pracy na zajmowanym stanowisku** |  |
| 1. **Zakres obowiązków służbowych / zakres pełnionej funkcji** |  |

1. **AKTUALNY STATUS SPOŁECZNY KANDYDATA   
   (należy wstawić znak „X” zgodnie z definicjami podanymi w Załączniku nr 2 do Regulaminu)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Osoba z niepełnosprawnościami** | * TAK * NIE * Odmawiam podania informacji |
| 1. **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | * TAK * NIE * Odmawiam podania informacji |
| 1. **Osoba w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej[[1]](#footnote-1)** | * TAK * NIE * Odmawiam podania informacji |

1. **AKTUALNY STATUS ZAWODOWY KANDYDATA  
   (należy zaznaczyć „X” jeśli dotyczy, zgodnie z definicjami podanymi w załączniku nr 2   
   do Regulaminu)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Osoba pracująca** |  |
| 1. **Osoba bezrobotna** zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy |  |
| 1. **Osoba bezrobotna** niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy |  |
| 1. **Osoba bierna zawodowo** |  |

1. **SPECJALNE POTRZEBY (wypełnia Kandydat)**

**W przypadku posiadania specjalnych potrzeb należy je oznaczyć „X” w kolumnie „Zgłoszenie potrzeby” i opisać w kolumnie „Potrzeba”(jeśli dotyczy).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Potrzeba** | **Zgłoszenie potrzeby** |
| Specjalnego dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową. Proszę opisać jakiego dostosowania: |  |
| Zapewnienia tłumacza języka migowego |  |
| Zapewnienia druku materiałów powiększoną czcionką |  |
| Dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych. Proszę opisać jakich: |  |
| Inne specjalne potrzeby: |  |

1. **OŚWIADCZENIA**
2. Ja, niżej podpisana/y, deklaruję uczestnictwo w Projekcie pn. „Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej" realizowanym w ramach Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym PO WER.
3. Oświadczam, że **SPEŁNIAM KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI GRUPY DOCELOWEJ** uprawniające do udziału w Projekcie (określone w § 3 Regulaminu naboru i uczestnictwa w szkoleniach oraz superwizji w ramach Projektu pn. „Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej"). **Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania ROPS o wszelkich sytuacjach powodujących utratę uprawnienia do udziału w Projekcie (poprzez przesłanie skanu podpisanego oświadczenia pocztą elektroniczną oraz przesłanie pocztą podpisanego oświadczenia o zmianie danych) - pod rygorem zwrotu kosztów uczestnictwa w szkoleniu/superwizji po dacie utraty uprawnienia do udziału w Projekcie**.
4. Oświadczam, **że zapoznałam/em** **się z Regulaminem** naboru i uczestnictwa w szkoleniach oraz superwizji w ramach Projektu pn. „Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej", akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do stosowania Regulaminu.
5. **Potwierdzam wypełnienie wobec mnie obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania** przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie moich **danych osobowych** niezbędnych do realizacji PO WER.
6. Oświadczam, że **wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku** **do celów związanych z realizacją Projektu.** Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas realizacji Projektu mogą być zamieszczone na Stronie internetowej ROPS i na Stronie internetowej Województwa Małopolskiego oraz wykorzystane w materiałach drukowanych.
7. Jestem świadoma/y, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
8. Oświadczam, że **zostałam/em poinformowana/y, że Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**
9. Oświadczam, iż **nie otrzymywałam/em oraz nie otrzymuję wsparcia z innych źródeł w zakresie tożsamym lub zbliżonym do możliwego do otrzymania w ramach Projektu** pn. „Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej”, które spowodowałoby podwójne finansowanie wydatków.
10. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajanie prawdy, oświadczam, że **dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania ROPS o wszelkich zmianach tych danych (poprzez przesłanie skanu podpisanego oświadczenia pocztą elektroniczną oraz przesłanie pocztą podpisanego oświadczenia o zmianie danych).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(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 pn. **„Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej”** przyjmuję do wiadomości, iż:

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, 00-926 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 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
   1. w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
3. 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.),
4. 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.),
5. 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.);
   1. w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
6. 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,
7. 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,
8. 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.),
9. 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).
10. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
11. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa, Beneficjentowi realizującemu projekt - Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, ul. Modelarska 10, 40-142 Katowice (Lider), Partnerowi realizującemu projekt – Regionalnemu Ośrodkowi Polityki Społecznej w Krakowie, ul. Piastowska 32, 30-070 Kraków oraz podmiotom, które na zlecenie Partnera uczestniczą w realizacji projektu – podmiotom prowadzącym szkolenia/superwizje. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta/Partnera. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta/Partnera kontrole i audyt w ramach PO WER.
12. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
13. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Partnerowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
14. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
15. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. 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 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie[[2]](#footnote-2):
    1. 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,
    2. 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,
    3. 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.),
    4. ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa, Beneficjentowi realizującemu projekt – Regionalnemu Ośrodkowi Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, ul. Modelarska 10, 40-142 Katowice, Partnerowi realizującemu projekt – Regionalnemu Ośrodkowi Polityki Społecznej w Krakowie, ul. Piastowska 32, 30-070 Kraków oraz podmiotom, które na zlecenie Partnera uczestniczą w realizacji projektu - podmiotom prowadzącym szkolenia/superwizje. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej, Beneficjenta lub Partnera. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta lub Partnera kontrole i audyt w ramach PO WER.

1. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
2. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
3. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
4. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub
5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Do kategorii osób w **innej niekorzystnej sytuacji społecznej** **zalicza się** m.in. poniższe grupy: osoby z wykształceniem niższym niż podstawowe (ISCED 0) będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED1; byli więźniowie; narkomani; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; **osoby z obszarów wiejskich (osoby przebywające na obszarach słabo zaludnionych zgodnie ze stopniem urbanizacji (DEGURBA kategoria 3)**. Obszary słabo zaludnione to obszary, na których więcej niż 50% populacji zamieszkuje tereny wiejskie). Lista gmin województwa małopolskiego zakwalifikowanych do kategorii 3 DEGURBA dostępna jest pod adresem: www.rops.krakow.pl w zakładce: „Profesjonalne kadry wspierania rodziny i pieczy zastępczej”.

   Za inną niekorzystną sytuację społeczną nie uznaje się: niepełnosprawności; bycia migrantem; pochodzenia z gospodarstw domowych bez osób pracujących; pochodzenia z gospodarstw domowych bez osób pracujących z dziećmi na utrzymaniu; pochodzenia z gospodarstw domowych składających się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu; płci; statusu na rynku pracy (np. długotrwałe bezrobocie); wieku; wykształcenia co najmniej na poziomie ISCED 1 (podstawowym). [↑](#footnote-ref-1)
2. Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy. [↑](#footnote-ref-2)