

Data wpływu	
Nr ewidencyjny	

wypełnia realizator projektu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA OSOBY FIZYCZNEJ / WYZNACZONEJ  
Z PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ/ INSTYTUCJI**  
do projektu „Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej  
- Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego”

1	Imię		
2	Nazwisko		
3	Reprezentuję podmiot ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> tak (nazwa .....) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
4	Miejsce zamieszkania (ulica, nr domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)		
5	Gmina		
6	Powiat		
7	Telefon kontaktowy		
8	Adres poczty elektronicznej		
9	PESEL		
10	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
11	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe) <input type="checkbox"/> wyższe	
12	Osoba z niepełnosprawnościami (załączyć ksero zaświadczenia o niepełnosprawności - jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> tak, w tym: <input type="checkbox"/> o znacznym lub umiarkowanym stopniu <input type="checkbox"/> z niepełnosprawnościami sprzężonymi / niepełnosprawnością intelektualną / z zaburzeniami psychicznymi <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> nie
13	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
14	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

"Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej  
- Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego"

Aktywa Plus Emilia Kowalska



15	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wykazane powyżej)	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>osoby korzystające ze świadczeń z pomocy lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek</b> określonych w art. 7 ustawy z dn. 12.03.2004 o pomocy społecznej; z powodu m.in:<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ubóstwa</li><li><input type="checkbox"/> sieroctwa</li><li><input type="checkbox"/> bezdomności</li><li><input type="checkbox"/> bezrobocia</li><li><input type="checkbox"/> niepełnosprawności</li><li><input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby</li><li><input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie</li><li><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi</li><li><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności</li><li><input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych/ wielodzietnych</li><li><input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy</li><li><input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego</li><li><input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii</li><li><input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej</li><li><input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej</li><li><input type="checkbox"/> inne</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> <b>osoba, która podlega wykluczeniu społecznemu</b> i ze względu na swoją sytuację życiową nie jest w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajduje się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dn. 13.06.2003 o zatrudnieniu socjalnym, w tym:<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej</li><li><input type="checkbox"/> uzależniona od alkoholu</li><li><input type="checkbox"/> uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających</li><li><input type="checkbox"/> chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego</li><li><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy</li><li><input type="checkbox"/> zwalniana z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej</li><li><input type="checkbox"/> uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej</li><li><input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> <b>osoba przebywająca w pieczy zastępczej</b> lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9.06.2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;</li><li><input type="checkbox"/> osoba nieletnia, wobec którego zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dn. 26.10.1982 o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U.2014, p.382);</li></ul>
----	------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<input type="checkbox"/> osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o której mowa w ustawie z dnia 7.09.1991 o systemie oświaty (Dz.U.2004, p.2572 z późn. zm.); <input type="checkbox"/> <b>rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością</b> , o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; <input type="checkbox"/> <b>osoba bezrobotna zakwalifikowana do III profilu pomocy</b> , zgodnie z ustawą z dnia 20.04.2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2015, p. 149 z późn. zm.); <input type="checkbox"/> <b>osoba niesamodzielna</b> (tj., która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego) <input type="checkbox"/> <b>osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020</b> (tj. pobierająca pomoc w formie paczek) <input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>
16	Jestem osobą, która korzystała ze wsparcia w ramach Pi 9i, czyli innego projektu dot. integracji społecznej (w latach 2014-2020)	<input type="checkbox"/> tak - tytuł projektu/instytucja udzielająca wsparcia – realizator ..... ..... <input type="checkbox"/> nie
17	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrze urzędu pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba nieaktywna zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się, (np. student) <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> w tym inne, np. <input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym w: <input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> MMŚP (przedsiębiorstwie do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> inne .....
18	Miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy - wpisać nazwę)	<input type="checkbox"/> ..... ..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy
19	Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor/ka praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel/ka kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel/ka wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel/ka kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia



		<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik/ca instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik/ca instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik/ca systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik/ca ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik/ca poradni psychologiczno - pedagogicznej <input type="checkbox"/> inny ..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy
20	Zapotrzebowanie na dodatkowe wsparcie na zasadach określonych w Regulaminie Sieci Zachodniopomorskich Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej	<p>opieka nad osobą zależną (na podstawie odrębnego wniosku o udzielenie wsparcia)</p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
		<p>zwrot kosztów podróży (na podstawie odrębnego wniosku o udzielenie wsparcia)</p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Ja niżej podpisany/a potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych zawartych w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dotyczących udzielanego wsparcia i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjne i zapoznałem/am się z Regulaminem Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej i przyjmuję jego warunki bez zastrzeżeń.

Data pierwszego wsparcia...../...../.....r. ....  
(podpis)

Załączniki:  
.....

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie „**Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - OŚRODEK WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ DLA REGIONU SZCZECIŃSKIEGO**” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Działanie 7.3.
2. Deklaruję, że w wyniku działań prowadzonych w ramach wspomnianego projektu planuję podjąć kroki w celu utworzenia podmiotu ekonomii społecznej/rozwoju podmiotu ekonomii społecznej/rozwoju sektora ekonomii społecznej w regionie.
3. Zobowiązuję się do:
  - udziału w przeprowadzonej diagnozie potrzeb, mającej na celu opracowanie indywidualnej ścieżki wsparcia w ramach Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego;
  - regularnego uczestnictwa w proponowanym wsparciu, w tym w spotkaniach, zajęciach szkoleniowych, doradczych zgodnie z wyznaczoną ścieżką wsparcia;
  - wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ankiet niezbędnych w procesie monitorowania projektu;
  - udziału w badaniu ewaluacyjnym w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu;
  - informowania o efektach osiągniętych po zakończeniu realizacji projektu, związanych bezpośrednio z udzielonym wsparciem.
  - dostarczenia dokumentów poświadczających podjęcie zatrudnienia w trakcie trwania projektu lub w okresie do 3 miesięcy po jego zakończeniu.
4. Zostałam/em poinformowany, że przysługują mi:
  - bezpłatne szkolenia (podstawowe/specjalistyczne/eksperckie) i bezpłatne materiały szkoleniowe;
  - bezpłatne wsparcie doradcze (podstawowe/specjalistyczne/biznesowe) i animacyjne;
  - catering na szkoleniach/wsparciu doradczym
  - inne - zgodnie z ofertą OWES.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu\*

"Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej  
- Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego"  
Aktywa Plus Emilia Kowalska

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI 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. „Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej – Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
  - 1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
  - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
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 RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
  - 1) w odniesieniu do zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
    - 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 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
  - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
    - 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,
    - 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,
    - 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 2017 r. poz. 1460, z 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 wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej – Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia,

*„Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej  
- Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego”*

**Aktywa Plus Emilia Kowalska**



monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt i partnerom - Koszalińska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A., ul. Przemysłowa 8, 75-216 Koszalin; Fundacja Nauka dla Środowiska, ul. Raclawicka 15-17, 75-620 Koszalin; Gmina Miejska Wałcz, Plac Wolności 1, 78-600; 4C Centrum Ekonomii Społecznej Spółka z o.o., ul. Adama Asnyka 9/17, 71-526 Szczecin; Aktywa Plus Emilia Kowalska, ul. Bolesława Śmiałego nr 39/2, 70-351 Szczecin; Fundacja Pod Aniołem, ul. Zacisze 1b/4, 73-110 Dobrzany; Fundacja Inicjatyw Społeczno-Gospodarczych KOMES, ul. Gen. Rayskiego 3/19, Szczecin oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. 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 RPO WZ 2014-2020, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
  - a) [abi@wzp.pl](mailto:abi@wzp.pl)
  - b) [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl)
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*

Udzielam beneficjentowi realizującemu projekt i jego partnerom nieodpłatnego i nieograniczonego czasowo zezwolenia na wielokrotne wykorzystywanie i rozpowszechnianie zdjęć z moim wizerunkiem w celach zgodnych z działalnością beneficjenta realizującego projekt i jego partnerów, w tym także w celach promocyjno-marketingowych. Zezwolenie obejmuje wykorzystywanie, utrwalanie, obróbkę, powielanie i rozpowszechnianie zdjęć w dowolnej formie i za pośrednictwem dowolnego medium, bez konieczności każdorazowego zatwierdzania przeze mnie sposobu wykorzystania zdjęć.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

## DANE UZUPEŁNIANIE PRZEZ REALIZATORA PROJEKTU

1	Rodzaj uczestnika/uczestniczki	
2	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	...../...../.....r.
3	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
4	Data zakończenia udziału w projekcie	...../...../.....r.
5	Zakończenie udziału zgodnie z zaplanowaną ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6	Rodzaj przyznanego wsparcia	
7	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	...../...../.....r.
8	Data zakończenia udziału we wsparciu	...../...../.....r.
9	Data założenia działalności gospodarczej (jeśli dotyczy)	...../...../.....r.
10	Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej	
11	PKD założonej działalności	
12	Obszar (wg stopnia urbanizacji DEGURBA)	<input type="checkbox"/> obszar gęsto zaludniony – kod klasyfikacji 1 <input type="checkbox"/> obszar o średniej gęstości – kod klasyfikacji 2 <input type="checkbox"/> obszar słabo zaludniony – kod klasyfikacji 3
13	Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
14	Status osoby na rynku pracy w chwili zakończenia udziału w projekcie (w przypadku zmiany wymagane jest załączenie dokumentu poświadczającego)	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrze urzędu pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> nieaktywny/a zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym w: <input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Inne .....
15	Miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy)	



## ZGODA NA KONTAKT W CELACH MARKETINGOWYCH

DANE ADMINISTRATORA	DANE ZAMAWIAJĄCEGO
<b>Emilia Kowalska</b> prowadząca działalność gospodarczą pod nazwą Aktywa Plus Emilia Kowalska z siedzibą w Szczecinie przy ul. B. Śmiałego 39/2, 70-351 Szczecin, REGON 320301981, NIP 8511677676 ➤ adres email: kontakt@aktywneowes.pl.	..... <b>IMIĘ I NAZWISKO</b> ..... <b>NR TELEFONU I/LUB ADRES EMAIL</b>

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

<input type="checkbox"/> <b>TAK</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, numeru telefonu i/lub adresu poczty elektronicznej przez Emilię Kowalską prowadzącą działalność gospodarczą pod nazwą Aktywa Plus Emilia Kowalska (dalej: „Administrator”) dla celów marketingu bezpośredniego obejmującego przekazywanie na wskazany przeze mnie numer telefonu i/lub adres e-mail ofert oraz informacji handlowych i marketingowych dotyczących działalności Administratora. Oświadczam, że jestem świadomy, iż wyrażenie zgody jest dobrowolne, a wyrażoną zgodę mogę wycofać w każdym czasie.
----------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### ZGODA NA KONTAKT ELEKTRONICZNY (E-MAIL)

<input type="checkbox"/> <b>TAK</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>	Wyrażam zgodę na używanie przez Administratora telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących w celu przekazywania na wskazany przeze mnie adres e-mail ofert oraz informacji handlowych i marketingowych dotyczących działalności Administratora zgodnie z art. 172 <i>Ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. - Prawo telekomunikacyjne</i> . Oświadczam, że jestem świadomy, iż wyrażenie zgody jest dobrowolne, a wyrażoną zgodę mogę wycofać w każdym czasie.
----------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> <b>TAK</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>	Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Administratora na wskazany przeze mnie adres e-mail ofert oraz informacji handlowych i marketingowych dotyczących działalności Administratora za pomocą środków komunikacji elektronicznej, zgodnie z art. 10 <i>Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną</i> . Oświadczam, że jestem świadomy, iż wyrażenie zgody jest dobrowolne, a wyrażoną zgodę mogę wycofać w każdym czasie.
----------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### ZGODA NA KONTAKT TELEFONICZNY

<input type="checkbox"/> <b>TAK</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>	Wyrażam zgodę na używanie przez Administratora telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących w celu przekazywania na wskazany przeze mnie numer telefonu ofert oraz informacji handlowych i marketingowych dotyczących działalności Administratora zgodnie z art. 172 <i>Ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. - Prawo telekomunikacyjne</i> . Oświadczam, że jestem świadomy, iż wyrażenie zgody jest dobrowolne, a wyrażoną zgodę mogę wycofać w każdym czasie.
----------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

W celu cofnięcia wyrażonej zgody należy skontaktować się z Administratorem telefonicznie, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej.

**ZAMAWIAJĄCY** .....

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: „RODO”) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Emilia Kowalska prowadząca działalność gospodarczą pod nazwą Aktywa Plus Emilia Kowalska** z siedzibą w Szczecinie przy ul. Bolesława Śmiałego 39/2, 70-351 Szczecin, REGON 320301981, NIP 8511677676 (dalej: „Administrator”). Dane kontaktowe: email: kontakt@aktywneowes.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu prowadzenia przez Administratora marketingu bezpośredniego na podstawie Pani/Pana zgody, tj. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO. Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych w tym zakresie jest całkowicie dobrowolne. Przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
3. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
4. W przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych mogą uczestniczyć podmioty udzielające wsparcia Administratorowi na zasadzie zleconych usług i zgodnie z zawartymi umowami powierzenia przetwarzania danych. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawnione w szczególności pracownikom lub współpracownikom Administratora. Dodatkowych informacji w tym przedmiocie udziela Administrator.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do momentu cofnięcia wyrażonej zgody lub do czasu zrealizowania celów marketingowych Administratora, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej.
6. Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do Pani/Pana danych osobowych oraz ich sprostowania. W przypadkach wskazanych w art. 17-18 RODO przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora usunięcia danych osobowych, które Pani/Pana dotyczą lub ograniczenia ich przetwarzania. W przypadkach wskazanych w art. 21 RODO przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, które Pani/Pana dotyczą. Nie przysługuje Pani/Panu prawo przenoszenia danych, ponieważ Pani/Pana dane nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany. W celu skorzystania z powyższych uprawnień należy skontaktować się z Administratorem.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy prawa.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani profilowane.
10. Administrator udziela odpowiedzi na pytania i wątpliwości dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Z Administratorem można się skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej (kontakt@aktywneowes.pl) lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej.

**Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z powyższą Klauzulą Informacyjną, a jej treść jest dla mnie w pełni zrozumiała.**

**ZAMAWIAJĄCY** .....