|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY (ZGŁOSZENIOWY) UCZESTNIKA PROJEKTU**  **(pola wypełnione kolorem szarym wypełnia Realizator)**  **Wypełnić czytelnie pismem drukowanym** | | | | | | | | | | |
| **Beneficjent/Realizator projektu** | | | **GMINA MIASTO SZCZECIN/ZESPÓŁ ŻŁOBKÓW MIEJSKICH W SZCZECINIE** | | | | | | | |
| **Tytuł projektu** | | | **„ZWIĘKSZENIE LICZBY I DOSTOSOWANIE MIEJSC OPIEKI NAD DZIEĆMI DO LAT 3 W TRZECH PUBLICZNYCH ŻŁOBKACH NA TERENIE SZCZECINA”** | | | | | | | |
| **Nr projektu** | | | **RPZP.06.06.00-32-K017/16** | | | | | | | |
| **Czas trwania projektu** | | | **01.01.2017-31.05.2020** | | | | | | | |
| **Wnioskuję o miejsce w żłobku numer:**  -można wybrać 1 lub 2 lub 3 lokalizacje wskazując kolejność wyboru,  - prosimy nie zmieniać wyboru żłobków wskazanych wcześniej  w elektronicznym systemie naboru! | | | | | | | | | □ **Żłobek nr 3 „Uszatek”**  ul. Włościańska 3  □ **Żłobek nr 5 „Biedronka”**  ul. Kazimierza Królewicza 61  □ **Żłobek nr 7 „Jarzębina”**  ul. Podhalańska 1-3 | |
| 1. **Dane podstawowe** | | | | | | | | | | |
| 1. | Kraj | | | | □ Polska □ inny, jaki? ………….…… | | | | | |
| 2. | Rodzaj Uczestnika | | | | □ indywidualny | | | | | |
| 3. | Imię (imiona) | | | |  | | | | | |
| 4. | Nazwisko | | | |  | | | | | |
| 5. | PESEL | | | |  | | | | | |
| 6. | Płeć | | | | □ kobieta | | | | | □ mężczyzna |
| 7. | Wiek w chwiliprzystąpienia doprojektu (ukończony rok życia) | | | |  | | | | | |
| 8. | Wykształcenie (ukończona szkoła) | | | | □ niższe niż podstawowe (ISCED 0) | | | | | |
| □ podstawowe (ISCED 1) | | | | | |
| □ gimnazjalne (ISCED 2) | | | | | |
| □ ponadgimnazjalne (ISCED 3) (licea, technika, zasadnicza szkoła zawodowa)  □ szkoły policealne (ISCED 4) | | | | | |
| □ wyższe (ISCED 5-8) (studia wyższe, podyplomowe, doktoranckie, Kolegia nauczycielskie) | | | | | |
| 1. **Miejsce zamieszkania/Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | |
| 1. | Województwo | | | |  | | | | | |
| 2. | Powiat | | | |  | | | | | |
| 3. | Gmina | | | |  | | | | | |
| 4. | Miejscowość | | | |  | | | | | |
| 5. | Ulica | | | |  | | | | | |
| 6. | Numer budynku | | | |  | | | | | |
| 7. | Numer lokalu | | | |  | | | | | |
| 8. | Kod pocztowy | | | |  | | | | | |
| 9. | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | | | |  | | | | | |
| 10. | Telefon kontaktowy | | | |  | | | | | |
| 11. | Adres e-mail | | | |  | | | | | |
| **III. Szczegóły wsparcia** | | | | | | | | | | |
| 1. | Data rozpoczęcia udziału w projekcie | | | | | | |  | | |
| 2. | Data zakończenia udziału w projekcie | | | | | | |  | | |
| 3. | Status uczestnika projektu | | | □ **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**, w tym:  □ osoba długotrwale bezrobotna  □ inne | | | | | | |
| □ **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**, w tym:  □ osoba długotrwale bezrobotna  □ inne | | | | | | |
| □ **Osoba bierna zawodowo (przebywająca na urlopie wychowawczym, uczeń/student w trybie dziennym, emeryt, rencista)**, w tym  □ osoba ucząca się  □ osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  □ inne | | | | | | |
| □ **Osoba pracująca (przebywająca na urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim)**, w tym  □ osoba pracująca w administracji rządowej  □ osoba pracująca w administracji samorządowej  □ osoba pracująca w MMŚP  □ osoba pracująca w organizacji pozarządowej  □ osoba pracująca na własny rachunek  □ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  □ inne  **Wykonywany zawód**  □ Instruktor praktycznej nauki zawodu  □ Nauczyciel kształcenia ogólnego  □ Nauczyciel wychowania przedszkolnego  □ Nauczyciel kształcenia zawodowego  □ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  □ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  □ Pracownik instytucji rynku pracy  □ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  □ Pracownik instytucji systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej  □ Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  □ Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  □ rolnik  □ inny | | | | | | |
|  | **Zatrudniony w**: | | (podaj nazwę zakładu pracy)  …………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | |
| 1. **Rodzaj przyznanego wsparcia** | | | | | | | | | | |
| 1. | | Opieka nad dzieckiem do lat 3 | | | | | | | | |
| 1. **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | | | | | |
| 1. | | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  □tak  □ nie  □ odmowa informacji | | | | | | | | |
| 2. | | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  □ tak  □ nie | | | | | | | | |
| 3. | | Osoba z niepełnosprawnościami  □ tak  □ nie  □ odmowa informacji | | | | | | | | |
| 4. | | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)  □ tak  □ nie | | | | | | | | |
| 5. | | Rodzic lub opiekun prawny dziecka w wieku do lat 3  □ tak  □ nie | | | | | | | | |
| 6. | | Rodzic lub opiekun prawny dziecka z niepełnosprawnościami  □ tak  □ nie | | | | | | | | |
| 7. | | Rodzic lub opiekun samotnie opiekujący się dzieckiem  □ tak  □ nie | | | | | | | | |
| 8. | | Rodzic/opiekun prawny pracujący - przebywający na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim, zatrudniony na czas określony, któremu w trakcie opieki kończy się umowa o pracę (wymagane zaświadczenie z zakładu pracy)  □ tak  □ nie | | | | | | | | |
| 9. | | Osoba planująca powrót do czynnego życia zawodowego  □tak  □ nie | | | | | | | | |
| 1. **Oświadczenia** | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią regulaminu rekrutacji i udziału uczestników projektu, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do uczestnictwa w projekcie w zgodzie z jego treścią  □ tak  □ nie | | | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku, w tym zdjęć, filmów z przebiegu realizacji projektu wykorzystywanych w celach związanych z jego promocją i sprawozdawczością.  □ tak  □ nie | | | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu oraz programu  □ tak  □ nie | | | | | | | | | | |
| W związku z ubieganiem się przez Panią/Pana o udział w projekcie pt. **„Zwiększenie liczby i dostosowanie miejsc opieki nad dziećmi do lat 3 w trzech publicznych żłobkach na terenie Szczecina”,** który jest realizowany  w ramach RPO WZ 2014-2020 przekazujemy poniższy komunikat dotyczący przetwarzania danych osobowych: INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)  1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Gmina Miasto Szczecin/ Zespół Żłobków Miejskich mający siedzibę przy ul. Śląskiej 54, 70-430 Szczecin, beneficjent Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru pn. „Projekt Zwiększenie liczby i dostosowanie miejsc opieki nad dziećmi do lat 3 w trzech publicznych żłobkach na terenie Szczecina”.  2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej: iod@it-serwis.com.pl  3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji rekrutacji do udziału w projekcie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020), działanie 6.6 Program zapewnienia i zwiększenia dostępu do opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, a w szczególności: potwierdzenia kwalifikowania do uczestnictwa w projekcie.  4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), zwanego „RODO”.  5. Pani/Pana dane zostają powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu projekt Gmina Miasto Szczecin/ Zespół Żłobków Miejskich w Szczecinie ul. Śląska 54. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym działania kontrolne lub badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WZ, Instytucji Pośredniczącej RPO WZ lub beneficjenta. Pani/Pana 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 w celu prawidłowej realizacji zadań, o których mowa w punkcie 3, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.  6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.  7. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.  8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia realizacji projektu oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji projektu.  9. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.  10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.  11. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. | | | | | | | | | | |
| □ tak  □ nie | | | | | | | | | | |
| **Czytelny podpis uczestnika projektu** | | | | | | |  | | | |

Załączniki do formularza:

1. zaświadczenie o zatrudnieniu - przebywaniu na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim,
2. zaświadczenie o przebywaniu na urlopie wychowawczym,
3. orzeczenie o niepełnosprawności dziecka,
4. orzeczenie o niepełnosprawności kandydata do projektu/uczestnika projektu,
5. wydruk/potwierdzenie zgłoszenia poprzez elektroniczny system rekrutacji do żłobków miejskich Szczecina,
6. oświadczenie o miejscu zamieszkania (według wzoru),
7. oświadczenie o statusie na rynku pracy (dla osób bezrobotnych) - jeśli dotyczy (według wzoru)
8. oświadczenie o statusie na rynku pracy (dla osób biernych zawodowo) - jeśli dotyczy (według wzoru)
9. oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka- jeśli dotyczy (według wzoru)  
   *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Wypełnia osoba rekrutująca

*Data przyjęcia dokumentów rekrutacyjnych: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.*

UWAGI przyjmującego formularz: ..……………………………………………………………………………….... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...............................................

(podpis i pieczęć realizatora projektu)