



Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU PN.

„Z korzyścią dla pracownika – ergonomia i bezpieczeństwo miejsca pracy” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działania 5.5. Aktywne i zdrowe starzenie się w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027), objętego umową o dofinansowanie nr FEP.M.05.05-IZ.00-0045/24-00 z dnia 28 kwietnia 2025r., realizowanego przez Powiat Kartuski i Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kartuzach, ul. Ceynowy 7.

DANE OSOBOWE *Uzupełnić drukowanymi literami*

Imię: Nazwisko:

PESEL: PŁEĆ :

WYKSZTAŁCENIE: ☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)
☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)
☐ wyższe (ISCED 5-8)

OBYWATELSTWO: ☐ polskie
☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE
☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec

DANE KONTAKTOWE (dotyczy adresu zamieszkania)

Województwo: Powiat: Gmina:

Miejscowość: Kod pocztowy: tel.

e-mail:

DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU: Ja niżej podpisana/y deklaruję chęć udziału w projekcie „Z korzyścią dla pracownika – ergonomia i bezpieczeństwo miejsca pracy”.

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

- Osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę w:
☐ Domu Pomocy Społecznej w Kobysewie;
☐ Środowiskowym Domu Pomocy w Kobysewie;
☐ Powiatowym Centrum Zdrowia w Kartuzach
na stanowisku pracy:
 - WYPEŁNIA OBYWATEL POLSKI:** Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) wskazać obejmuje osoby należące do mniejszości narodowych (białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska) i etnicznych (karaïmska, łemkowska, romska, tatarska): ☐ Tak (kopia w załączeniu) ☐ Nie ☐ odmowa podania informacji
 - Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: ☐ Tak ☐ Nie
 - Osoba z niepełnosprawnościami (osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia): ☐ Tak (kopia w załączeniu) ☐ Nie ☐ odmowa podania informacji
- SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:
.....





OŚWIADCZAM ŻE:

- 1) zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie;
 - 2) zostałam/em poinformowana/y, że Projekt realizowany jest w ramach Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działania 5.5. Aktywne i zdrowe starzenie się i współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+);
 - 3) spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie;
 - 4) nie uczestniczyłam/em w szkoleniach w przedmiotowym Projekcie lub o podobnej tematyce w okresie ostatniego roku liczonego od momentu złożenia Formularza zgłoszeniowego;
 - 5) zobowiązuję się do natychmiastowego informowania o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w dokumentacji Projektu;
 - 6) przyjmuję do wiadomości informację o obowiązku przekazania danych po zakończeniu udziału w Projekcie potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego oraz możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym;
 - 7) zobowiązuję się złożyć do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie „Oświadczenia uczestnika projektu nt. sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie”;
 - 8) zapoznałam/em się z Klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
 - 9) przyjmuję do wiadomości informacje, o których mowa w art. 13 i art. 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, zwanego dalej: „ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych”;
 - 10) stosownie do postanowień art. 6 ust. 1 lit. a i e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 (RODO) – wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Starostę Kartuskiego z siedzibą w Kartuzach przy ul. Dworcowej 1, zawartych w formularzu w celu zgłoszenia i udziału w projekcie „Z korzyścią dla pracownika – ergonomia i bezpieczeństwo miejsca pracy” w związku z którym dobrowolnie przekazuję moje dane osobowe;
 - 11) wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie zdjęć i filmów z wizerunkiem moim bez konieczności każdorazowej akceptacji. Zgoda obejmuje wykorzystanie wizerunku, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć oraz filmów, za pośrednictwem stron internetowych oraz profili w mediach społecznościowych prowadzonych przez Województwo Pomorskie i jego jednostki organizacyjne, a także Powiat Kartuski oraz jej jednostki organizacyjne, a także publikacji opracowywanych przez te podmioty, w celu informowania o projekcie i jego promowania. ☒ Tak ☐ Nie
- Przyjmuję do wiadomości, że brak zgody, o której mowa w powyższym akapicie, nie wyklucza możliwości wykonywania zdjęć i nagrywania filmów z wizerunkiem moim i ich publikacji, jeżeli spełniają one warunek określony w art. 81 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

Zostałam/em poinformowana/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego, której może podlegać osoba, która składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis

-----WYPEŁNIA PRACODAWCA-----

ZAŚWIADCZAM, że Pan/ i
jest zatrudniony/a po podstawie umowy o pracę w
na stanowisku pracy

.....
data, pieczęć i podpis Dyrektora / Kierownika

