



Załącznik nr 3  
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

### DEKLARACJA WYBORU WSPARCIA W PROJEKCIE 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 FEPM.05.05-IZ.00-0045/24-00 z dnia 28 kwietnia 2025r., realizowanym przez Powiat Kartuski i Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kartuzach, ul. Ceynowy 7.

Imię: ..... Nazwisko:.....

PESEL: .....

Deklarując chęć udziału w projekcie „Z korzyścią dla pracownika – ergonomia i bezpieczeństwo miejsca pracy” i **pracując w Środowiskowym Domu Samopomocy w Kobysewie** wybieram następujące formy wsparcia:

| WSPARCIE - KURSY |                                                 | uzupełnić TAK lub NIE |
|------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|
| 1                | Techniki relaksacyjne                           |                       |
| 2                | Konstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem |                       |
| 3                | Praca z trudnym klientem                        |                       |
| 4                |                                                 |                       |
| 5                |                                                 |                       |

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH: 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 w miejscu pracy” w związku z którym dobrowolnie przekazuję moje dane osobowe.

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis





----- WYPEŁNIA KOORDYNATOR REALIZACJI ZADAŃ W ŚDS KOBYSEWO -----

| Kryteria rekrutacji                          | TAK | NIE |
|----------------------------------------------|-----|-----|
| Złożony komplet dokumentów                   |     |     |
| Świadczenie pracy na podstawie umowy o pracę |     |     |
| Stanowisko pracy wskazane w opisie zadań     |     |     |

**Zatwierdzam formularz pod względem formalnym:** Kandydat spełnia kryteria obligatoryjne i warunki udziału w Projekcie, **jednocześnie zatwierdzam następujące wsparcie:**

| WSPARCIE - KURSY |                                                 | TAK lub NIE |
|------------------|-------------------------------------------------|-------------|
| 1                | Techniki relaksacyjne                           |             |
| 2                | Konstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem |             |
| 3                | Praca z trudnym klientem                        |             |
| 4                |                                                 |             |
| 5                |                                                 |             |

UWAGI: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
*data i podpis Koordynatora realizacji zadań w ŚDS Kobysewo*

