



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „ODKRYJ SWÓJ POTENCJAŁ!”

Prosimy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami wszystkie białe pola oraz zaznaczyć odpowiedni kwadrat.

DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE KANDYDATA/KI (adres zamieszkanie wg Kodeksu Cywilnego <sup>1</sup> )										
Imię										
Nazwisko										
Pesel										
Wiek					Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> mężczyzna		
Adres e-mail						Telefon kontaktowy				
Ulica						Numer domu/lokalu				
Miejscowość						Kod pocztowy				
Województwo				Powiat				Gmina		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe			Zamieszkanie	<input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto do 20 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 20 tys. - 50 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 50 tys. – 100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto powyżej 100 tys. mieszkańców					
NFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI										
Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnościami <sup>2</sup> (Należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności lub inny równoważny dokument) (dane wrażliwe):							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi			
Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością w stopniu i rodzaju (dane wrażliwe):					Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny Rodzaj niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> autyzm <input type="checkbox"/> choroby psychiczne					

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

<sup>2</sup> Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).



	<input type="checkbox"/> narządu ruchu <input type="checkbox"/> narządu słuchu <input type="checkbox"/> narządu wzroku <input type="checkbox"/> sprzężona <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ogólny stan zdrowia <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> inne przyczyny
<b>POZOSTAŁE INFORMACJE</b>	
<b>Rejestracja w Powiatowym Urzędzie Pracy:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Uczestnictwo w Warsztatach Terapii Zajęciowej (WTZ):</b>	<input type="checkbox"/> uczestniczę w WTZ <input type="checkbox"/> nie byłem/am w WTZ <input type="checkbox"/> jestem absolwentem/ką WTZ

**Oświadczam, iż:**

- Zgłaszam chęć udziału w projekcie „Odkryj swój potencjał!”, współfinansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych realizowanym przez Fundację na Rzecz Seniorów „BONUM VITAE” w partnerstwie ze Stowarzyszeniem Przeszłość - Przyszłości. Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
- Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości podania danych wrażliwych, tj. dotyczących stanu zdrowia. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsca zamieszkania.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO). Podanie danych jest dobrowolne, ale odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

**Miejscowość ....., dnia .....**

**Czytelny podpis Kandydata/ki**

<sup>3</sup> Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.



## KLAUZULA INFORMACYJNA

**dotyczy czynności przetwarzania danych osobowych na podstawie udzielonej zgody w ramach realizacji projektu „Odkryj swój potencjał!”**

Zgodnie z art. 13 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 (Dz.U.UE.L. z 2016 r. nr 119, s. 1) (dalej: RODO)

**informujemy, że:**

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych, takich jak: imię, nazwisko, wiek, płeć, PESEL, wykształcenie, informacje dot. niepełnosprawności, status na rynku pracy, uczestnictwo w WTZ, adres, telefon, jest Fundacja na Rzecz Seniorów „BONUM VITAE”, z siedzibą przy ul. Frezerów 3, 20-209 Lublin, adres e-mail: [fundacja@bonumvitae.org.pl](mailto:fundacja@bonumvitae.org.pl), tel. kontaktowy: 884 188 966, w imieniu którego działa Prezes Fundacji oraz Stowarzyszenie Przeszłość – Przyszłości, z siedzibą przy ul. Kołłątaja 56/2, 24-100 Puławy, adres e-mail: [przeszloscprzyszlosci@o2.pl](mailto:przeszloscprzyszlosci@o2.pl), tel. kontaktowy: 508 377 655.
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Robert Gostkowski, adres do korespondencji: jak w pkt.1.
3. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody w związku z udziałem Pana/Pani w projekcie „Odkryj swój potencjał!”, realizowanym przez Administratora na podstawie umowy z PFRON.
4. W każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody udzielonej przed jej wycofaniem.
5. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą osoby i instytucje zgodnie z Regulaminem projektu „Odkryj swój potencjał!” (w tym PFRON oraz instytucje kontrolujące prawidłowość realizacji projektu).
6. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania projektu, tj. od 01.05.2023r. do 31.03.2024r. a następnie w okresie przechowywania dokumentacji projektowej - tj. w okresie 10 lat po zakończeniu jego realizacji, zgodnie z Umową o dofinansowanie.
7. Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych i prawo do cofnięcia zgody.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne. Konsekwencją odmowy podania danych jest uniemożliwienie realizacji celu dla którego udzielana jest zgoda (udział w projekcie jw).
10. Pana/Pani dane osobowe nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (w tym profilowaniu).
11. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

***Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją.***

***dnia .....***

***Czytelny podpis Kandydata/ki***