|  |
| --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY (ZGŁOSZENIOWY) UCZESTNIKA PROJEKTU****(pola wypełnione kolorem szarym wypełnia Realizator)****Wypełnić czytelnie pismem drukowanym** |
| **Beneficjent/Realizator projektu** | **ŻŁOBEK „TĘCZOWA KRAINA” w TRYŃCZY** |
| **Tytuł projektu** | **„UTWORZENIE NOWEGO ŻŁOBKA „TĘCZOWA KRAINA” W GMINIE TRYŃCZA REALIZOWANEGO W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO NA LATA 2014-2020 DZIAŁANIE 7.4 ROZWÓJ OPIEKI ŻŁOBKOWEJ W REGIONIE** |
| **Nr umowy** | **nr umowy RPPK.07.04.00-18-0033/18-00** |
| **Czas trwania projektu** | **01.10.2018-30.11.2020** |
| **Wnioskuję o miejsce w żłobku** „Tęczowa Kraina” w Tryńczy | * **TAK**
 |
| 1. **Dane podstawowe rodzica**
 |
| 1. | Kraj | □ Polska □ inny, jaki? ………….…… |
| 2. | Rodzaj Uczestnika  | □ indywidualny  |
| 3. | Imię (imiona) |  |
| 4. | Nazwisko |  |
| 5. | PESEL |  |
| 6. | Płeć | □ kobieta | □ mężczyzna |
| 7. | Wiek w chwili przystąpienia do projektu (ukończony rok życia) |  |
| 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**:**Wykształcenie:** | (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. **„Utworzenie nowego żłobka Tęczowa Kraina w Gminie Tryńcza”** (nr umowy RPPK.07.04.00-18-0033/18-00) realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Działanie 7.4 Rozwój opieki żłobkowej w regionie, 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 Tryńcza mająca siedzibę w Tryńcza 127, 37-204 Tryńcza, beneficjent Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Działanie 7.4 Rozwój opieki żłobkowej w regionie, **„Utworzenie nowego żłobka Tęczowa Kraina w Gminie Tryńcza”** (nr umowy RPPK.07.04.00-18-0033/18-00)2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej: iod@tryncza.eu3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji rekrutacji do udziału w projekcie w ramach: **„Utworzenia nowego żłobka Tęczowa Kraina w Gminie Tryńcza”** (nr umowy RPPK.07.04.00-18-0033/18-00) realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Działanie 7.4 Rozwój opieki żłobkowej w regionie, 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: Gminie Tryńcza, Tryńcza 127, 37-204 Tryńcza. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym działania kontrolne lub badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WP 7.4 Instytucji Pośredniczącej RPO WP 7.4 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 WP 7.4 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. oświadczenie o miejscu zamieszkania (według wzoru),
5. oświadczenie o statusie na rynku pracy (dla osób bezrobotnych) - jeśli dotyczy (według wzoru)
6. oświadczenie o statusie na rynku pracy (dla osób biernych zawodowo) - jeśli dotyczy (według wzoru)
7. 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)