**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**do projektu „Mój Asystent osobisty 2”** **tytuł roboczy „Asystentura”**

**realizowanego przez Fundację Onkologiczną Rakiety**

**Uwaga!**

**Do formularza rekrutacyjnego należy dołączyć ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie**  (Proszę uzupełnić wszystkie pola czytelnie drukowanymi literami lub w wyznaczonych miejscach zaznaczyć „X” | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane osobowe** | **Imię/Imiona** |  | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| **Płeć** | **□ Kobieta □ Mężczyzna** | | | | | | | | | | | |
| **Wiek** w chwili przystąpienia do projektu |  | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | **Województwo** |  | | | | | | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | | | | | | | | |
| **Numer domu** |  | | | | | | | | | | | |
| **Numer lokalu** |  | | | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** |  | | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | **Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | | | |
| **Adres (e-mail)** |  | | | | | | | | | | | |
| **Adres do korespondencji** *(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)* |  | | | | | | | | | | | |
| **Status na rynku pracy** | Osoba bierna zawodowo | | | | | | | | | □ | | | |
| Osoba bezrobotna, zarejestrowana w Urzędzie Pracy | | | | | | | | | □ | | | |
| Poszukująca pracy niezatrudniona, zarejestrowana w Urzędzie Pracy | | | | | | | | | □ | | | |
| Osoba bezrobotna, niezarejestrowana w Urzędzie Pracy | | | | | | | | | □ | | | |
|  | Osoba pracująca | | | | | | | | | □ | | | |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności ważne do dnia:** | | ……………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| **Stopień i symbol przyczyny niepełnosprawności** | | Znaczny , symbol…………………………………………………….. | | | | | | | | | □ | | | |
| Umiarkowany, symbol …………………………………………… | | | | | | | | | □ | | | |
| Lekki, symbol …………………………………………………………. | | | | | | | | | □ | | | |
| **Przyczyna**  **niepełnosprawności** | | Naruszenie sprawności fizycznej | | | | | | | | | □ | | | |
| Naruszenie sprawności psychicznej | | | | | | | | | □ | | | |
| Naruszenie sprawności intelektualnej | | | | | | | | | □ | | | |
| Naruszenie sprawności zmysłów | | | | | | | | | □ | | | |
| Inna (proszę wskazać jaka: ……………………………………………………….) | | | | | | | | | □ | | | |

|  |
| --- |
|  |
| Data i czytelny podpis Kandydata/-tki |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O MIEJSCU ZAMIESZKANIA**

Ja niżej podpisana/-y, ………………………………………………………………………………………………………………………..

Zam. …………………………………………………………………………………………………....................................................

niniejszym oświadczam, iż zamieszkuję na stałe na terenie woj. mazowieckiego pod wyżej wskazanym adresem.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne z prawdą.

|  |
| --- |
|  |
| Data i czytelny podpis Kandydata/-tki |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**w projekcie „Mój asystent osobisty 2”** **tytuł roboczy „Asystentura”**

**realizowanego przez Fundację Onkologiczną Rakiety**

**Ja, niżej podpisany/podpisana** …………………………………………………………………………………………....

|  |  |
| --- | --- |
| **PESEL** | …………………………………………………………………………………………………… |

**Oświadczam, że:**

1. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych   
   z prawdąi przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w **Formularzu Rekrutacyjnym**, w tym wszystkie udzielone informacje, są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/-am się z postanowieniami **Regulaminu** **uczestnictwa w projekcie   
   "„*Mój asystent osobisty 2*”** **tytuł roboczy „Asystentura”**  **i akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie zobowiązuję się do ich bezwzględnego przestrzegania.**
4. Zapoznałem/-am się z postanowieniami Polityki Ochrony Danych Osobowych Organizatora oraz została mi przedstawiona Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych Organizatora.
5. Zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora.
6. Zostałem/-am poinformowany/-a o źródle finansowania projektu pn. **„Mój asystent osobisty 2**” tytuł roboczy „Asystentura” jest zadaniem sfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość i data |  | Podpis Kandydata/Kandydatki |

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119, s. 1 oraz Dz. Urz. UE L z 23.05.2018, Nr 127, s. 2) ), zwane dalej w skrócie „RODO”.

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, zgodnie z obowiązującymi od 25 maja 2018 roku przepisami RODO, Prezes Fundacji Onkologicznej Rakiety informuje, natomiast Pan/Pani

…………………………………………………….…………......................................................................

*(Podpis - imię i nazwisko Kandydata/-ki)*

**przyjmuje do wiadomości, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Onkologiczna Rakiety, z siedzibą w Warszawie (02-972) al. Rzeczpospolitej 2/U-2, [biuro@fundacjarakiety.pl](mailto:biuro@fundacjarakiety.pl), tel. 22 299 29 28 oraz Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, dane kontaktowe: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, ul. Grzybowska 80/82, 00-844 Warszawa, tel. 22 376 85 00, e-mail: [mcps@mcps.com.pl](mailto:mcps@mcps.com.pl).
2. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, dane kontaktowe: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, ul. Grzybowska 80/82, 00-844 Warszawa, tel. 22 376 85 00, e-mail: [mcps@mcps.com.pl](mailto:mcps@mcps.com.pl) oraz Fundacja Onkologiczna Rakiety prowadzą operacje przetwarzania Pana/Pani danych osobowych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadania publicznego pn. „Mój Asystent osobisty 2” sfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego
4. Niezbędność przetwarzania danych osobowych wynika z przepisów prawa: Art. 6 ust 1 lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) oraz h) RODO, a także art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (dz. u. z 2019 r. poz. 688 ze zm.).
5. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać powierzone/udostępnione:

* podmiotom działającym na zlecenie Fundacji Onkologicznej Rakiety w związku z realizacją Projektu, na podstawie udzielonego upoważnienia do przetwarzania danych osobowych zawartego w umowie o świadczenie danych usług,
* dane osobowe mogą być przetwarzane przez uprawnionych pracowników Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej
* podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej ,
* dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, tj. organom kontrolnym i nadzorczym, np. Najwyższej Izbie Kontroli, Regionalnej Izbie Obrachunkowej, sądom, organom ścigania i innym właściwym podmiotom.

1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres archiwizacji dokumentacji wynoszący 10 lat, zgodnie z kategorią archiwalną określoną w jednolitym rzeczowym wykazie akt organów samorządu województwa i urzędów marszałkowskich stanowiących załącznik nr 4 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji archiwów zakładowych z dnia 18 stycznia 2011 r. (Dz.U. z 2011 r. Nr 14, poz. 67.
2. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
3. Przysługuje Panu/Pani prawo żądania:
   * po pierwsze dostępu do swoich danych osobowych ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu, z przyczyn związanych z pan/pani szczególną sytuacją.
   * wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony danych osobowych (szczegóły na stronie internetowej https://uodo.gov.pl)
4. Skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Fundacji Onkologicznej Rakiety można wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@fundacjarakiety.pl](mailto:iod@fundacjarakiety.pl) lub listownie na adres: al. Rzeczpospolitej 2/U-2, 02-972 Warszawa.
5. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
7. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

……………………………………….…………………………..

*Data i czytelny podpis potwierdzający zapoznanie się z klauzulą informacyjnq*

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach realizacji zadania publicznego pn. **„Mój Asystent osobisty 2”** tytuł roboczy „Asystentura” dofinansowanego ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego. Tym samym **wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych** do celów niezbędnych przy realizacji projektu oraz na potrzeby  monitoringu, sprawozdawczości i kontroli i ewaluacji w ramach realizowanego projektu prowadzonych przez Fundację Onkologiczną Rakiety, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej oraz podmioty przez nie upoważnione. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

……………………………………….……………………….……

*Data i czytelny podpis Kandydata/-ki*