*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Mamy moc”*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Projekt „Mamy moc wsparcie dla rodziców/opiekunów autystycznych dzieci”   
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,

w ramach projektu grantowego „Wdrażanie Strategii Rozwoju Lokalnego Kierowanego przez Społeczność Lokalnej Grupy Działania „Grudziądzki Spichlerz”,

przez Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym „SEZAM”

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez Instytucję przyjmującą formularz | |
| Numer formularza |  |
| Data i godzina wpływu formularza rekrutacyjnego |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny |  |

**Przed uzupełnieniem Formularza rekrutacyjnego, prosimy o szczegółowe zapoznanie się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Mamy moc”*, gdzie znajdą Państwo niezbędne informacje, w tym definicje dotyczące statusu osób, które mogą uczestniczyć   
w projekcie.**

1. Dokumenty rekrutacyjne należy wypełnić czytelnie w każdym punkcie, a jeśli nie dotyczy, proszę wpisać NIE DOTYCZY.
2. Dokumenty rekrutacyjne wypełnione elektronicznie lub pismem odręcznym należy podpisać i złożyć osobiście od poniedziałku do czwartku w godz. 9.30 - 14.30:
3. w Biurze Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym „SEZAM”, 86-300 Grudziądz, ul. Sikorskiego 32
4. lub pocztą elektroniczną – e-mail: autyzmgrudziadz@onet.pl
5. Za datę dostarczenia dokumentów przesłanych pocztą elektroniczną uznaje się datę wpływu dokumentów (data i godzina) na konto e-mail Stowarzyszenia.
6. Termin złożenia dokumentów zostanie określony w ogłoszeniu o rekrutacji. Dokumenty rekrutacyjne,które wpłyną po tym terminie nie będą rozpatrywane.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | |
| Imię/Imiona | |  | | | | | |
| Nazwisko | |  | | | | | |
| Data urodzenia | |  | | Miejsce urodzenia | | |  |
| PESEL | |  | | | | | |
| Adres zamieszkania [[1]](#footnote-2) | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | |
| Nr domu |  | | | Nr lokalu  *(jeśli dotyczy)* | | |  |
| Miejscowość |  | | | Kod pocztowy | | |  |
| Gmina |  | | | Powiat | | |  |
| Województwo |  | | | | | | |
| Telefon: stacjonarny/komórkowy | | | | |  |  | |
| Adres e-mail | | | | |  | | |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ** | | | | | | | |
| ***Świadoma/-y odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych, oświadczam poprzez zaznaczenie danego pola symbolem „X”, że należę do następujących grup:*** | | | | | | | |
| Przynależność kandydata do kategorii osób spełniających warunki uczestniczenia w projekcie | | | jestem rodzicem/opiekunem dziecka z niepełnosprawnością- autyzm  zamieszkuję na terenie gminy-miasta Grudziądz  należę do rodziny korzystającej ze świadczeń pomocy społecznej,  należę do rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, gdzie jeden z rodziców/opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki na dzieckiem  z niepełnosprawnością  w mojej rodzinie jest więcej niż jedna osoba  z niepełnosprawnością  nie należę do żadnej z w/w kategorii | | | | |
| Wiek kandydata | | | poniżej 18 lat  18 lat lub powyżej | | | | |
| Płeć kandydata | | | kobieta  mężczyzna | | | | |
| Wykształcenie | | | brak  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne  policealne  studia krótkiego cyklu  studia licencjackie  studia magisterskie  studia doktoranckie | | | | |
| Ułatwienia dla osób niepełnosprawnych | | | W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności, prosimy o podanie takiej informacji podczas zgłoszenia, celem odpowiedniego przygotowania miejsca spotkania.  ……………………………………………………………………………………………………. | | | | |
| **DODATKOWE OŚWIADCZENIA** | | | | | | | |
| ***Świadoma/-y odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych lub składania nieprawdziwych oświadczeń, oświadczam, że:*** | | | | | | | |
| Zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym „SEZAM” w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu | | | | | | | |
| Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Mamy moc wparcie dla rodziców/opiekunów autystycznych dzieci” | | | | | | | |
| Zostałam/em poinformowany , że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego | | | | | | | |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych   
w zakresie niezbędnym do realizacji RPO WK-P 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanego dalej „RODO” oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami zawartymi w poniższej klauzuli informacyjnej RODO.

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego jako „RODO”) informujemy, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Województwo Kujawsko-Pomorskie reprezentowane przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego z siedzibą przy ul. Plac Teatralny 2 87-100 Toruń, adres email: iod@kujawsko-pomorskie.pl, oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego na mocy art. 71 ust.   
1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych   
w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.), mający siedzibę przy   
ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych).

2) Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek prawny administratora (art. 6 ust. 1 lit.   
c RODO), wynikający z: - art. 125 oraz art. 126 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)   
nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006; - art. 9 ust. 1 pkt. 2) oraz art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r.   
o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.

3) Pani/Pana dane osobowe, będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu i Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego (RPO WK-P), w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WK-P 2014-2020.

4) Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt- Stowarzyszeniu Pomocy Osobom Autystycznym „SEZAM”, którego biuro realizacji projektu znajduje się przy   
ul. Sikorskiego 32, 86-300 Grudziądz. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P lub Beneficjenta. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WK-P 2014-2020.

5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014- 2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 dnia 17 grudnia 2013 r.) bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.

6) Przysługuje Pani/Panu, prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

8) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

………………………………………………………...………….…………………

*(Data złożenia Formularza rekrutacyjnego*

*oraz czytelny podpis Kandydata)*

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - *Kodeks cywilny* (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) „(...) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-2)