



Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego

OŚWIADCZENIE

.....
(imię, nazwisko)

.....

.....
(adres)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „**Niepełnosprawni sprawni w pracy**”, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL), mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne do realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL);
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „**Niepełnosprawni sprawni w pracy**”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Krakowie, Plac na Stawach 1, 30-107 Kraków, beneficjentowi realizującemu projekt – Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym w Stróżach, Stróże 413, 33-331 Stróże, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu:

.....
.....
(nazwa i adres ww. podmiotów).

Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej PO KL, Instytucji Wdrażającej/ Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach PO KL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej PO KL, Instytucji Wdrażającej/ Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach projektu PO KL;

5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
6. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)



Załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres)

**Oświadczenie kandydata na uczestnika projektu
o spełnieniu kryteriów kwalifikacyjnych do udziału w projekcie
pn. „Niepełnosprawni sprawni w pracy”**

Oświadczam, że:

- a) jestem zameldowany/a/ zamieszkuję* na terenie Powiatu Nowosądeckiego,
- b) posiadam orzeczenie o niepełnosprawności,
- c) jestem w wieku aktywności zawodowej tj. 15-64 lata.
- d)

☐ jestem zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna w powiatowym urzędzie pracy;

☐ jestem zarejestrowany/a jako osoba poszukująca pracy w powiatowym urzędzie pracy;

☐ jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

* niewłaściwe skreślić



Załącznik nr 3 do Formularza zgłoszeniowego

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW PREFERENCYJNYCH

Oświadczam, że:

☐ Zamieszkuję na terenie Powiatu Nowosądeckiego (Województwo Małopolskie) na obszarze wiejskim. Przez obszary wiejskie należy rozumieć tereny zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego, która opiera się na podziale jednostek administracyjnych zastosowanym w rejestrze TERYT. Według GUS obszarami wiejskimi są tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko – wiejskiej.

☐ Jestem osobą długotrwale bezrobotną w rozumieniu Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2004 nr 99, poz. 1001 z późn. zm.) to znaczy, że jestem osobą bezrobotną pozostającą w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych.

☐ Jestem osobą powyżej 50 roku życia

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)



Załącznik nr 4 do Formularza zgłoszeniowego

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
(adres)

Oświadczenie
o posiadaniu orzeczenia o niepełnosprawności

Oświadczam, że ja,

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

jestem osobą niepełnosprawną i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:

wydane na okres od dnia do dnia

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)