

Załącznik nr 1.

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

„Regionalny Rozwój Uczelni”

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

REALIZATOR	Wyższa Szkoła Rehabilitacji
TYTUŁ PROJEKTU	„Regionalny Rozwój Uczelni”
NUMER PROJEKTU	POWR.03.05.00-00-ZR56/18
PRIORYTET	III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju
DZIAŁANIE	3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych

UWAGA:

1. Formularz rekrutacyjny do projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny **DRUKOWANYMI LITERAMI**.
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Każde pole Formularza rekrutacyjnego powinno zostać wypełnione, w przypadku gdy dane pole nie dotyczy Kandydata należy umieścić adnotację „nie dotyczy”.

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU	
Imię (Imiona):	
Nazwisko:	
Numer indeksu:	
Kierunek studiów	
Rok studiów	
Poziom studiów (licencjackie/magisterskie/jednolite magisterskie)	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia i miejsce urodzenia:	
PESEL:	<input type="checkbox"/> nr <input type="checkbox"/> brak
Telefon kontaktowy (<i>Stacjonarny / Komórkowy</i>):	
Adres e-mail:	
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe



	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne
	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe
Dane kontaktowe:		
Ulica:		
Nr domu:		
Nr lokalu:		
Miejscowość:		
Kod pocztowy:		
Gmina:		
Powiat:		
Województwo:		
Obszar zameldowania:	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski
Adres zamieszkania (jeśli inny niż zameldowania):	<input type="checkbox"/> DOTYCZY	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
Ulica:		
Nr domu:		
Nr lokalu:		
Miejscowość:		
Kod pocztowy:		
Gmina:		
Powiat:		
Województwo:		
Obszar zameldowania:	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski
Adres korespondencyjny:	<input type="checkbox"/> adres zameldowania	<input type="checkbox"/> adres zamieszkania

Preferowana forma wsparcia (prosimy o zaznaczenie - X preferowaną formę wsparcia, mogą Państwa zaznaczyć kilka szkoleń)	
1	Budowanie asertywności w relacjach z pacjentami i współpracownikami
2	Radzenie sobie ze stresem u personelu Medycznego
3	Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu u lekarzy i pielęgniarek
4	Analiza danych przy użyciu oprogramowania MS Excel
5	Ochrona danych osobowych w placówkach medycznych
6	Zastosowanie Diety Ketogennej w Medycynie
7	Alergia pokarmowa w praktyce dietetyka
8	Kurs Jak założyć własną firmę - ABC Przedsiębiorczości
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotne <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca: w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak
Wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> brak
Zatrudniony w: (nazwa przedsiębiorstwa)
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> brak danych
Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> brak danych
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> brak danych
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> brak danych
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym do projektu są zgodne z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Załącznik nr 2.

OŚWIADCZENIA KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, pt. „Regionalny Rozwój Uczelni”
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Regionalny Rozwój Uczelni” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. Akceptuję fakt, że złożone przeze mnie dokumenty rekrutacyjne nie są równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie.
5. Zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.

6. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu.
7. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb realizacji PO WER, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.).
9. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (email).
10. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
11. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
12. W terminie 6 miesięcy od dnia zakończenia udziału w projekcie prześlę swoje dane dotyczące aktualnego statusu na rynku pracy poprzez dostarczenie do Biura Projektu (adres: Wyższa Szkoła Rehabilitacji, 01-234 Warszawa, ul. Kasprzaka 49, pokój 3) zaświadczenia o zatrudnieniu, zaświadczenia o założeniu własnej działalności gospodarczej bądź zaświadczenia o kontynuowaniu nauki.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Załącznik nr 3.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Regionalny Rozwój Uczelni” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy Plac Trzech Krzyży 3/5, 00-507 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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
 - a) 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 ustanawiającego przepisy

- ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.);
- 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
- a) 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „*Regionalny Rozwój Uczelni*”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Narodowemu Centrum Badań i Rozwoju, 00 – 695 Warszawa, ul. Nowogrodzka 47 a, beneficjentowi realizującemu projekt Wyższa Szkoła Rehabilitacji, 01-234 Warszawa, ul. Kasprzaka 49. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU