*Załącznik nr 1*

*do Regulaminu Projektu*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Zakres danych osobowych Uczestnika Projektu powierzonych do przetwarzania**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu | Tereny powojskowe w Ożarowicach jako miejsce integracji  i aktywności społecznej |
| Nr projektu | WND-RPSL.09.01.05-24-0031/20 |
| Oś priorytetowa | IX. Włączenie społeczne |
| Działanie | 9.1 Aktywna integracja |
| Poddziałanie | 9.1.5 Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym – konkurs |
| Realizujący projekt | Lider projektu: GMINA OŻAROWICE  Realizator projektu: BIBLIOTEKA I OŚRODEK KULTURY GMINY OŻAROWICE Z SIEDZIBĄ W TĄPKOWICACH  42-624 Tąpkowice, ul. Zwycięstwa 17 |

Na podstawie art. 28 ust. 3 i ust. 9 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), Instytucja Zarządzająca powierza Beneficjentowi do przetwarzania następujący zakres danych:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane uczestnika | | 1 | Imię |  | |
| 2 | Nazwisko |  | |
| 3 | PESEL |  | |
| 4 | Kraj |  | |
| 5 | Rodzaj uczestnika |  | |
| 6 | Nazwa Instytucji |  | |
| 7 | Płeć |  | |
| 8 | Data urodzenia |  | |
| 9 | Wiek w chwili przystąpienia  do projektu |  | |
| 10 | Wykształcenie |  | |
| Dane kontaktowe uczestnika | | 11 | Kraj |  | |
| 12 | Województwo |  | |
| 13 | Powiat |  | |
| 14 | Gmina |  | |
| 15 | Miejscowość |  | |
| 16 | Ulica |  | |
| 17 | Nr budynku |  | |
| 18 | Nr lokalu |  | |
| 19 | Kod pocztowy |  | |
| 20 | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) |  | |
| 21 | Telefon kontaktowy |  | |
| 22 | Adres e-mail |  | |
| Szczegóły  i rodzaj wsparcia | | 23 | Data rozpoczęcia udziału  w projekcie |  | |
| 24 | Data zakończenia udziału  w projekcie |  | |
| 25 | Status osoby na rynku pracy  w chwili przystąpienia do projektu |  | |
| 26 | Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia |  | |
| 27 | Wykonywany zawód |  | |
| 28 | Zatrudniony w |  | |
| 29 | Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  | |
| 30 | Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  | |
| 31 | Inne rezultaty dotyczące osób młodych |  | |
| 32 | Zakończenie udziału osoby  w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |  | |
| 33 | Rodzaj przyznanego wsparcia |  | |
| 34 | Data rozpoczęcia udziału  we wsparciu |  | |
| 35 | Data zakończenia udziału  we wsparciu |  | |
| 36 | Data założenia działalności gospodarczej |  | |
| 37 | Kwota przyznanych środków  na założenie działalności gospodarczej |  | |
| 38 | PKD założonej działalności gospodarczej |  | |
| Status uczestnika projektu  w chwili przystąpienia do projektu | | 39 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  | |
| 40 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  | |
| 41 | Osoba z niepełnosprawnościami |  | |
| 42 | Osoba przebywająca  w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |  | |
| 43 | w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |  | |
| 44 | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu |  | |
| 45 | Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) |  | |
| 46 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem  o dofinansowanie projektu |  | |
| Ja niżej podpisana/y |  | | | |  |
|  | (imię i nazwisko) | | | |  |
| **Pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą**:   * Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki. * Oświadczam, że zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie. * Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. * Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu. * Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną  (e-mail). | | | | | |
| Data | | | Podpis osoby składającej formularz | | |
| …………………. | | | …………………………………………………………………………………………………………… | | |