## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

|  |
| --- |
| **Tytuł projektu:** „Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu - likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze” |
| **Nr projektu:** POWR.03.05.00-00-A040/21 |
| **Priorytet III:** Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju |
| **Działanie 3.5.** Kompleksowe programy szkół wyższych |

## DANE OSOBOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Numer PESEL:  |   |
| Płeć | [ ]  Kobieta | [ ]  Mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu  |  |
| Adres zamieszkania / adres kontaktowy | Województwo: |  |
| Powiat: |   |
| Gmina: |   |
| Miejscowość: |   |
| Kod pocztowy: |   |
| Ulica: |   |
| Numer budynku: |   |
| Numer lokalu: |   |
| Telefon kontaktowy |   |
| Adres e-mail |   |
| Wykształcenie | ☐ niższe niż podstawowe | [ ]  ponadgimnazjalne |
| [ ]  podstawowe | [ ]  policealne |
| [ ]  gimnazjalne | [ ]  wyższe |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | ☐ Tak☐ w tym osoba długotrwale bezrobotna [x]  Nie |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | [ ]  Tak[ ]  w tym osoba długotrwale bezrobotna [x]  Nie |
| Osoba bierna zawodowo | [ ]  Tak[ ]  ucząca się[ ]  nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[x]  Nie |
| Osoba pracująca | ☒ Tak☐ NieW tym osoba pracująca:☐ w administracji rządowej☐ w administracji samorządowej☒ inne☐ w MMŚP☐ w organizacji pozarządowej☐ prowadząca działalność na własny rachunek ☐ w dużym przedsiębiorstwieWykonywany zawód:☒ pracownik instytucji szkolnictwa wyższegoZatrudniony w: Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu |
| Osoba z niepełnosprawnościami | [ ]  Tak[ ]  Nie[ ]  Odmowa podania informacji |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | [ ]  Tak[ ]  Nie[ ]  Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | [ ]  Tak[ ]  Nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | [ ]  Tak[ ]  Nie[ ]  Odmowa podania informacji |

## KRYTERIA PREMIUJĄCE do udziału w projekcie

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba pracująca na stanowisku, gdzie występuje bezpośredni kontakt z osobami z niepełnosprawnością | [ ]  Tak[ ]  Nie |
| Osoba pracująca w jednostce Uczelni, w której studiuje duża liczba osób z niepełnosprawnościami (powyżej 15) | [ ]  Tak[ ]  Nie |

## OŚWIADCZENIA:

Ja, niżej podpisany/-a, świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, deklaruję, iż dane podane w niniejszym formularzu zgłoszeniowym do udziału we wsparciu w ramach projektu ***„Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu - likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze”***, są zgodne z prawdą.

Zostałem poinformowany iż projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego
ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w przedmiotowym projekcie, tj. w dniu podpisania niniejszego dokumentu, spełniam wszystkie kryteria formalne związane z przyjęciem mnie do udziału w projekcie.

Wyrażam zgodę na pobranie brakujących danych z systemu kadrowo-płacowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

………………………… …..………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

## Załącznik nr 1

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14
Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. ***„Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu - likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze”***

przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 –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”:
		1. 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.),
		2. 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, z późn. zm.),
		3. 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.);
	2. w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
		1. 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,
		2. 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,

* + 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.),

* + 1. 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).
1. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu - likwidujemy bariery w umysłach, sercach
i architekturze”** w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
2. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej –Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, ul. Nowogrodzka 47a, 00-695 Warszawa, Beneficjentowi realizującemu projekt - Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, z siedzibą ul. Wybrzeże Pasteura 1, 50-367 Wrocław oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu, tj. Stowarzyszenie na rzecz równego dostępu do kształcenia "Twoje Nowe Możliwości", ul. Grabiszyńska 163 lok. 210-215, 53-439 Wrocław. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
3. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
4. 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.
5. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
8. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
9. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl
10. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

………………………… .…..……………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

## Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY
NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

# W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu - likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze” realizowanego w ramach działania 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych, Konkurs nr POWR.03.05.00-IP.08-00-DOS/21 „Uczelnia dostępna II”, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/ głosu/ wypowiedzi dla celów działań informacyjno - promocyjnych związanych z realizacją projektu „Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu - likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze”.

# Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas szkoleń/ warsztatów mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych.

# Podpisanie oświadczenia jest dobrowolne. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem Beneficjenta projektu - Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu, tj. Stowarzyszenie na rzecz równego dostępu do kształcenia "Twoje Nowe Możliwości", z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu.

………………………… …..………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

## Załącznik nr 3

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

## DANE OSOBOWE:

|  |  |
| --- | --- |
| IMIE I NAZWISKO |   |
| KOMÓRKA ORGANIZACYJNA |   |
| STANOWISKO PRACY | [ ]  Kadra administracyjna[ ]  Personel pomocniczy[ ]  Kadra zarządzająca[ ]  Kadra naukowo-dydaktyczna |
| FORMA ZATRUDNIENIA |   |

## PREFEROWANY ZAKRES WSPARCIA:

|  |
| --- |
| **Blok I.** Szkolenia Świadomościowe  |[ ]
| **Szkolenie specjalistyczne** dot. dostępności architektonicznej |[ ]

|  |  |
| --- | --- |
| Co moglibyśmy jeszcze zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się komfortowo na naszych szkoleniach?Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje i poinformować nas o tym: | [ ]  tłumacz Polskiego Języka Migowego |
| [ ]  tłumacz Systemu Językowo-Migowego |
| [ ]  pętla indukcyjna |
| [ ]  powiększony tekst |
| [ ]  wsparcie asystenta: ……………………………………………… |
| [ ]  inne: ……………………………………………………………………..  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data wypełnienia:  |   |
| Podpis osoby składającej:  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu formularza:  |   |
| Podpis osoby przyjmującej formularz: |   |