|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ APLIKACYJNY** | |
| **Formularz prosimy wypełniać CZYTELNIE !!!**  Złożenie formularza na nieodpowiednim wzorze, nie wypełnienie wszystkich wymaganych punktów  formularza lub nie złożenie wymaganych podpisów będzie skutkować odrzuceniem formularza z przyczyn formalnych. | Numer zgłoszenia: ……………… |
| Data wpływu formularza: - - 20 r. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DANE OSOBOWE / DANE KONTAKTOWE OPIEKUNA NIEFORMALNEGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię (imiona):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nazwisko:** | | | | | | |
| **Data i miejsce urodzenia:** |  |  | | - | | |  |  | | - | |  | |  |  | |  | |  | | | | | | |
| **PESEL:** |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | | ⬜ brak PESEL | |
| **Wiek:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefony komórkowy:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Telefon stacjonarny:** | | | | | |  |
| **E-mail:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Płeć** (zaznaczyć właściwy „X”)**:** | ⬜ Kobieta ⬜ Mężczyzna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Miejsce zamieszkania1** *należy podać adres zamieszkania, który umożliwi również dotarcie do uczestnika projektu w przypadku kiedy zostanie on wylosowany do udziału w badaniu ewaluacyjnym* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica2:** | | | | | **Nr domu:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nr lokalu:** | | |
| **Kod pocztowy:** | | | | | **Miejscowość:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Województwo:** | | |
| **Gmina:** | | | | | **Powiat:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Kraj:** | | |
| **Obszar zamieszkania**  (zaznaczyć właściwy „X”)**:** | | | | | ⬜ obszar miejski ⬜ obszar wiejski | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Oświadczam, że zamieszkuję (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie** (zaznaczyć właściwy  „X”)**:** | | | | | ⬜ pow. myślenicki | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.
2. W przypadku **braku ulicy** wpisać miejscowość

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. ADRES DO KORESPONDENCJI** *(wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania):* | | | | | |
| **Ulica :** | **Nr domu:** | | | | **Nr lokalu:** |
| **Kod pocztowy:** | **Miejscowość:** | | | | **Województwo:** |
| **Gmina:** | **Powiat:** | | | | **Kraj:** |
| **4. STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO**  **PROJEKTU**  (należy zaznaczyć właściwe pola „X”) | | | | | |
| **Oświadczam, że jestem:** | | | | | |
| Osobą bezrobotną: | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |  |
| − **w tym:** | ⬜ | osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji Urzędów  Pracy3 | | | |
| ⬜ | osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy4  *(należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)* | | | |
| ⬜ | osobą długotrwale bezrobotną5 (*ponad 12 miesięcy)* | | | |
| Osobą bierną  zawodowo6: | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |  |
| − **w tym:** | ⬜ | osobą uczącą się | |  |  |

1. **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy** – oznacza to osobę pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna.
2. **Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy** – oznacza to osobę pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne

zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne. Status na rynku pracy określany jest w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.

1. **Osoba długotrwale bezrobotna** – Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:

* Młodzież (<25 lat) – oznacza osobę bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy).
* Dorośli (25 lat lub więcej) – oznacza osobę bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).

1. **Osoba bierna zawodowo** – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, nie jest zarejestrowana (y) w urzędzie pracy i nie poszukuje pracy).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ⬜ | osobą nieuczestniczącą w kształceniu7 i szkoleniu 8 | | |
| ⬜ | inna |  |  |
| Osobą pracującą: | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. WYKSZTAŁCENIE** - należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia. | | |
| **Oświadczam iż posiadam**  **wykształcenie:** | ⬜ **Brak** (brak formalnego wykształcenia) | ⬜ **Gimnazjalne** (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum) |
| ⬜ **Podstawowe** (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową) | ⬜ **Ponadgimnazjalne** (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową) |
| ⬜ **Policealne** (dotyczy osób, które  ukończyły szkołę policealną) | ⬜ **Wyższe** (dotyczy osób, które posiadają  wykształcenie wyższe) (uzyskały tytuł licencjata  lub inżyniera lub magistra lub doktora) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Informacje uzupełniające** (należy zaznaczyć właściwe pola „X”): | | | | |
|  | | | | |
| **Opieka nad osobą zależną** | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |
|  | ⬜ | dzieckiem do 7 roku życia | |  |

1. **Osoba nieuczestnicząca w kształceniu tj**. osoba nie uczestnicząca w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym (kształcenie formalne w trybie stacjonarnym rozumiane jest jako kształcenie w systemie szkolnym na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych, jak również kształcenie na poziomie wyższym w formie studiów wyższych lub doktoranckich realizowanych w trybie dziennym
2. **Osoba nieuczestnicząca w szkoleniu tj.** osoba nie uczestnicząca w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ⬜ | inną osoba połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem lub pozostającą we wspólnym gosp. wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki |

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba zamieszkująca na obszarze rewitalizacji - w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w *Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach*  *operacyjnych na lata 2014-2020.* | ⬜ TAK ⬜ NIE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU9**  (należy zaznaczyć właściwe pola „X”) | | | | |
| **Oświadczam, że jestem:** | | | | |
| **Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?** | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |
| ⬜ | ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | |
| **Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?** | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |
| **Osobą z niepełnosprawnościami10:**  *Należy załączyć kserokopię aktualnego orzeczenia lub*  *zaświadczenie od lekarza (dokument potwierdzający stan zdrowia).* | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |
| ⬜ | ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | |
| **Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ?**  np.: posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, jestem zagrożony/a wykluczeniem społecznym, byłem/am więźniem, narkomanem, jestem osobą zamieszkującą  teren wiejski itp.? | ⬜ TAK | | ⬜ NIE | |
| ⬜ | ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | |

|  |
| --- |
| **8. Przynależność do grupy docelowej** (należy zaznaczyć właściwe pola „X”): |
| **Oświadczam, że jestem** osobą spełniającą kryteria kwalifikowalności do udziału w projekcie. Potwierdzam przynależność do grupy docelowej**:** |

1. **Dane wrażliwe** – Kandydat/tka ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu i/lub brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu.
2. **Osoba z niepełnosprawnościami** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia

1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z póź. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr. 231, poz.1375).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zagrożoną ubóstwem/wykluczeniem społecznym | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |
| Doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego czyli wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek określonych w ustawie o pomocy społecznej | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |
| Zamieszkującą obszary rewitalizowane zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |
| Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |
| Z niepełnosprawnościami w tym: os. o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz os. z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnościami, intelektualnymi oraz os. z zaburzeniami psychicznymi i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |
| Z niepełnosprawnością, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - w przypadku usług asystenckich i opiekuńczych | ⬜ | TAK | ⬜ | NIE |

***Ja, niżej podpisany/-a świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane podane w niniejszym formularzu aplikacyjnym i oświadczeniach będących załącznikiem do formularza rekrutacyjnego są zgodne z prawdą.***

..................................................... …………………………………………………

# miejscowość, data czytelny podpis Kandydata

**Oświadczenia Kandydata/-ki**

1. **Oświadczam, że:**
2. zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w projekcie **„Centrum PLUS - Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych na terenie pow. myślenickiego**” realizowanym przez **WŁADYSŁAWĘ KUS w spadku**
3. wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą,
4. zostałem/am poinformowany/a, iż projekt **„Centrum PLUS - Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych na terenie pow. myślenickiego”** jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020,
5. zapoznałam(-łem) się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* oraz akceptuję wszystkie jego

warunki i postanowienia,

1. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania **Beneficjenta Projektu** o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status),
2. zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,

# nie jestem uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 - 2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju i zmierzają do osiągnięcia tych samych kwalifikacji/kompetencji/wiedzy,

1. zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego w tym niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej. Akceptuję, fakt, iż odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu i/lub brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu,
2. w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu,

# Wyrażam zgodę na:

1. przetwarzanie moich danych osobowych w tym tzw. danych wrażliwych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018 poz. 1000) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji do projektu przez **Władysławę Kus w spadku**
2. przetwarzanie mojego wizerunku w dokumentacji fotograficznej i filmowej tworzonej na potrzeby realizacji projektu.

**......................................... …………………………………**

**miejscowość, data czytelny podpis Kandydata**

|  |
| --- |
| **Ja, niżej podpisany/-a *deklaruję:*** |
| 1. uczestnictwo w projekcie **„Centrum PLUS - Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych na terenie pow. myślenickiego**”**,** po pozytywnym przejściu procesu rekrutacji, 2. udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu, 3. czynny udział w formach wsparcia wynikających z Indywidualnego Planu Pomocy. |

# Niniejszym oświadczam, że ww. dane w formularzu i oświadczeniach są zgodne z prawdą i zobowiązuje się do bezzwłocznego informowania o ich zmianie.

**.............................................. …………………………………**

**miejscowość, data czytelny podpis Kandydata**

Wymagane załączniki:

1. Oświadczenie o wyrażeniu **zgody na przetwarzanie danych osobowych –** załącznik nr 1;
2. **Zaświadczenie z urzędu pracy** w przypadku osób zarejestrowanych jako bezrobotne (jeśli dotyczy);
3. **Orzeczenie o niepełnosprawności** lub zaświadczenie lekarskie w przypadku osób z niepełnosprawnościami (jeśli dotyczy);

# Załącznik nr 1

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Centrum PLUS - Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych na terenie pow. myślenickiego”** nr **projektu RPMP.09.02.03- 12-0460/19** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych

„Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków,

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych

„Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 2/4, 00-926 Warszawa,

1. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
2. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013

r. ustanawiające 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 Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;

1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013

r. sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające 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;
2. rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;
3. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Centrum PLUS - Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych na terenie pow. myślenickiego”** w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości**, ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków, beneficjentowi realizującemu projekt – **Władysława Kus w spadku** z siedzibą w Wiśniowej nr 449, 32-412 Wisniowa oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego4, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
5. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później5;
6. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
7. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15-20 RODO;
8. posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej. Przetwarzanie danych zostanie zaprzestane, chyba że IZ/IP będzie w stanie wykazać, że w stosunku do przetwarzanych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec interesów, praw i wolności lub dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
9. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO;
10. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
11. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane
12. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iodo@umwm.malopolska.pl](mailto:iodo@umwm.malopolska.pl) lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków; 14.~~w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji6~~;

15. ~~w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy7~~;

16.~~do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty~~

~~potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy~~ ~~zarobkowej)8~~.

…………………………………………… …………………………………………..

MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS UCZESTNIKA