



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

„Scientia nobilitat - podnoszenie kwalifikacji pracowników administracyjnych i zarządzających systemem ochrony zdrowia”

nr WND-POWR.05.02.00-00-0048/16

Projekt „Scientia nobilitat - podnoszenie kwalifikacji pracowników administracyjnych i zarządzających systemem ochrony zdrowia” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez JK Group Sp. z o.o. w partnerstwie z ERMAC Maciej Raatz, na podstawie Umowy nr POWR.05.02.00-00-0048/16-00 zawartej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

<i>INFORMACJE REJESTRACYJNE (wypełnia Instytucja przyjmująca Formularz rejestracyjny)</i>	
<i>Data wpływu formularza:</i>	<i>Podpis osoby przyjmującej formularz:</i>
_____	_____

Instrukcja wypełniania Formularza rekrutacyjnego

1. Pola wyboru prosimy zaznaczać krzyżykiem w odpowiedniej kratce.
2. W miejscach do tego przeznaczonych prosimy o CZYTELNE wpisanie DRUKOWANYMI LITERAMI wymaganych informacji.
3. Dane kontaktowe dotyczą miejsca zamieszkania w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.
4. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól.
5. Brak wymaganych własnoręcznych, czytelnych podpisów pod wszystkimi oświadczeniami stanowiącymi załączniki oraz znajdującymi się w Formularzu, traktowany będzie jako błąd formalny i może skutkować odrzuceniem Formularza i odstąpieniem od jego oceny.
6. Wszystkie kserokopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie (przy użyciu niebieskiego tuszu) sformułowaniem: „Poświadczam za zgodność z oryginałem”, opatrzonym datą i podpisem.

Dane osobowe			
Imię		Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL	
Data urodzenia		Wiek	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne/Średnie/Zawodowe <input type="checkbox"/> Pomaturalne/Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe		
Wykonywany zawód			
Miejsce zatrudnienia			



Staż pracy na obecnym stanowisku kierowniczym (dotyczy pełnienia funkcji/realizacji zadań kierowniczych/administracyjnych)			
Dane kontaktowe – miejsce zamieszkania w rozumieniu Kodeksu Cywilnego			
Ulica		Nr domu/Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Gmina		Powiat	
Województwo		Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	

Status uczestnika			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, osoba obcego pochodzenia, migrant	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	ODMOWA ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnościami	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	ODMOWA ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej). Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej zalicza się: 1) osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1, 2) byli więźniowie, 3) narkomani, 4) osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, 5) osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza 6) osoby z obszarów wiejskich. Jakiej (od 1 do 5 z opcji wymienionych powyżej)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	ODMOWA ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
Osoba bezrobotna (nie pracuje, aktywnie szuka pracy, jest gotowa podjąć zatrudnienie)	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
Osoba bezrobotna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>



Osoba długotrwale bezrobotna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba długotrwale bezrobotna niezarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba bierna zawodowo (nie pracuje, nie szuka pracy i nie jest bezrobotna)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba zatrudniona	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
osoba pracująca w administracji rządowej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
osoba pracująca w administracji samorządowej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
osoba pracująca w MMŚP	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
osoba pracująca w organizacji pozarządowej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
osoba prowadząca działalność na własny rachunek	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
inne	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Oświadczenia		
Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, w związku z tym oświadczam, że		
Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i akceptuję wszelkie postanowienia w nim zawarte	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Mieszkam na terenie Polski	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jestem pracownikiem sektora ochrony zdrowia wykonującym administracyjne czynności zawodowe w ramach grupy – pracownik pionów administracyjnych podmiotów leczniczych, kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi, pracownicy organów założycielskich podmiotów leczniczych	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jestem pracownikiem sektora ochrony zdrowia wykonującym administracyjne czynności zawodowe w ramach grupy – kadra medyczna posiadająca w zakresie swoich obowiązków funkcje administracyjne	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jestem pracownikiem sektora ochrony zdrowia wykonującym administracyjne czynności zawodowe w ramach grupy – pracownicy NFZ	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jestem pracownikiem sektora ochrony zdrowia wykonującym administracyjne czynności zawodowe w ramach grupy – konsultanci krajowi i wojewódzcy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jestem w wieku aktywności zawodowej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>



Jestem świadomy/a, iż zgłoszenie się do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Przystępuję do realizacji projektu z własnej inicjatywy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wszystkie podane przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym dane są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Beneficjenta w przypadku wystąpienia zmian w stosunku do danych przedstawionych w Formularzu zgłoszeniowym	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zgłaszam szczególne potrzeby związane z moim udziałem w projekcie. Jakie:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Załączniki

Zaświadczenia z zakładu pracy, iż zajmowane stanowisko jest stanowiskiem kierowniczym	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>
Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności aktualnego na dzień składania dokumentów rekrutacyjnych	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>

.....
(data, czytelny i własnoręczny podpis)



Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „Scientia nobilitat – podnoszenie kwalifikacji pracowników administracyjnych i zarządzających systemu ochrony zdrowia” nr WND-POWR.05.02.00-00-0048/16 realizowanym przez JK Group Sp. z o.o. w partnerstwie z ERMAC Maciej Raatz i oświadczam, że zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Ponadto świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że:

- dane podane w Deklaracji uczestnictwa w projekcie są zgodne z prawdą,
- zapoznałam/łem się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i je akceptuję,
- spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie, określone w Regulaminie rekrutacji.

Jednocześnie oświadczam, iż będę aktywnie uczestniczył w zajęciach, zachowanie moje nie będzie przekraczało norm społecznie przyjętych oraz przyjmuję zakaz spożywania jakichkolwiek używek podczas zajęć (w tym alkoholu oraz środków odurzających). Zobowiązuję się do podpisywania dokumentacji szkoleniowej, takiej jak listy obecności, protokoły odbioru. Zobowiązuję się do wypełniania testów, ankiet oraz innych dokumentów powiązanych z realizacją projektu. Zobowiązuję się przystąpić do egzaminu potwierdzającego uzyskane przeze mnie kompetencje.

Wyrażam zgodę na uwiecznianie i wykorzystanie mojego wizerunku wyłącznie do celów promocyjnych, informacyjnych i monitoringu projektu.

Wyrażam zgodę na badanie ankietowe, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb oraz udzielania informacji, niezbędnych w celu monitoringu programu i projektu (zarówno w trakcie trwania projektu, jak i po jego zakończeniu), zgodnie z *Wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020*.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny i własnoręczny podpis)



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Scentia nobilitat - podnoszenie kwalifikacji pracowników administracyjnych i zarządzających systemu ochrony zdrowia” 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 „Scentia nobilitat - podnoszenie kwalifikacji pracowników administracyjnych i zarządzających systemu ochrony zdrowia”, 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 – Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt – JK Group Sp. z o.o., ul. Poznańska 171, 62-006 Kobylnica oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – ERMAC Maciej Raatz, ul. Wiosenna 12, 62-007 Jerzykowo. 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 prześlę 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