**Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy**

Формуляр заповнює особа, яка його отримує

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu Formularza zgłoszeniowego: Дата отримання формулярa: | Numer referencyjny Formularza: Реєстрацій номер формуляра: |
|  |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Формуляр заяви**

do projektu „**NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim”**

nr: **FESL.07.03-IP.02-0B91/24**

до проєкту "НОВІ МОЖЛИВОСТІ – краще майбутнє для іноземців у Сілезькому воєводстві”

nr: **FESL.07.03-IP.02-0B91/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | **NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim** |
| **Numer projektu** | **FESL.07.03-IP.02-0B91/24 FESL.07.03-IP.02-0B91/24** |
| **Beneficjent** | **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** |
| **Program** | Fundusze Europejskie dla Śląskiego na lata 2021-2027 |
| **Priorytet** | FESL.07.00-Fundusze Europejskie dla społeczeństwa |
| **Działanie** | FESL.07.03-Integracja społeczno – gospodarcza cudzoziemców |

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI!

БУДЬ ЛАСКА, ЗАПОВНІТЬ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ UWAGA!

Przed wypełnieniem Formularza zgłoszeniowego do projektu należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim**”.

УВАГА! Перед заповненням формуляра на проєкт ознайомтеся з Положенням про набір та участь у проєкті "НОВІ МОЖЛИВОСТІ – краще майбутнє для іноземців у Сілезькому воєводстві”.

|  |  |
| --- | --- |
| DANE PODSTAWOWE  ОСНОВНІ ДАНІ | |
| OBYWATELSTWO  ГРОМАДЯНСТВО |  |
| IMIĘ  ІМ'Я |  |
| NAZWISKO  ПРІЗВИЩЕ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL  ПЕСЕЛЬ |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | | BRAK PESEL  Немає ПЕСЕЛЬ |  |
| PŁEĆ СТАТЬ | Kobieta  Жіноча | |  | | Mężczyzna  Чоловіча | | | |  | | WIEK  Вік | | |  | | |
| WYKSZTAŁCENIE: ОСВІТА |  | | Brak (Brak formalnego wykształcenia)  Немає (немає формальної освіти) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Podstawowe (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) – ISCED 1  Загальна середня | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Gimnazjalne (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) – ISCED 2  середня освіта | | | | | | | | | | | | | |
| Ponadgimnazjalne – ISCED 3: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | kształcenie ukończone na poziomie zasadniczej szkoły zawodowej  освіта закінчена на рівні базової професійної школи | | | | | | | | | | | | | |
|  | | kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej освіта закінчена на рівні середньої школи | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Policealne (Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) – ISCED 4  Середня-технічна освіта | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Wyższe (Kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów licencjackich, magisterskich doktoranckich) – ISCED 5-8  Вища | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| DANE TELEADRESOWE  Контактні дані | |
| WOJEWÓDZTWO ВОЄВОДСТВО |  |
| POWIAT Повят |  |
| GMINA Гміна |  |
| MIEJSCOWOŚĆ Місцевість |  |
| KOD POCZTOWY Код поштовий |  |
| TELEFON KONTAKTOWY Номер телефону |  |
| ADRES EMAIL Адреса електронної пошти |  |
| STATUS UCZESTNIKA/-CZKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU  Статус учасника на момент приєднання до проєкту | |
| Jestem osobą obcego pochodzenia / nie posiadam polskiego obywatelstwa (obcego pochodzenia to cudzoziemiec, osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów)  Я особа іноземного походження / не маю польського громадянства (іноземного походження – іноземець, особа, яка не має польського громадянства, незалежно від факту наявності чи відсутності громадянства (громадянств) інших держав) | TAK ☐  NIE ☐  Hi |
| Jestem osobą z państw trzecich/obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej (Osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu Konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa)  Я є громадянином третьої країни/громадянином країни за межами Європейського Союзу (Особа, яка не є громадянином держави-члена ЄС, у тому числі особа без громадянства за значенням Конвенції про статус осіб без | TAK ☐  NIE ☐  Hi |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie (Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne to: karaimska, łemkowska, romska, tatarska)  Я належу до національної або етнічної меншини, такі як роми (Згідно з національним законодавством національними меншинами є: білоруська, чеська, литовська, німецька, вірменська, російська, словацька, українська, єврейська. Етнічними меншинами є: караїми, лемки, роми, татари) | TAK ☐  NIE ☐  Hi  ODMOWA PODANIA ☐  ВІДМОВИ У ЗАЯВЦІ |
| Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań potrzebującą wsparcia w utrzymaniu mieszkania  Я людина, яка перебуває у кризовому стані бездомного або постраждали від позбавлення доступу до житла, і потребую підтримки в утриманні житла. | TAK ☐  NIE ☐  Hi |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością. W przypadku odpowiedzi TAK - należy dołączyć orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia) Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.  Я особа з обмеженими можливостями Якщо відповідь ТАК - додайте довідку або інший документ, що підтверджує стан Вашого здоров'я) Особи з обмеженими можливостями вважаються особами у світлі положень Закону від 27 серпня 1997 р. про професійну та соціальну реабілітацію та працевлаштування інвалідів, а також осіб з психічними розладами, про яких йдеться в Законі від 19 серпня 1994 р. про охорону психічного здоров'я. Статус особи з інвалідністю підтверджується зокрема відповідним рішенням або іншим документом, що засвідчує стан здоров'я. | TAK ☐  NIE ☐  Hi |
| OŚWIADCZENIA O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ  ДЕКЛАРАЦІЇ ПРО НАЛЕЖНІСТЬ ДО ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ | |
| Jestem osobą nieposiadającą obywatelstwa żadnego z krajów UE ani krajów takich jak Norwegia, Islandia, Lichtenstein, Szwajcaria  Я особа, яка не має громадянства жодної країни ЄС або таких країн, як Норвегія, Ісландія, Ліхтенштейн, Швейцарія | TAK ☐  NIE ☐  Hi |
| Posiadam ważny dokument upoważniający do pracy i pobytu w Polsce (np. wiza, karta pobytu czasowego, stałego, rezydenta długoterminowego UE, dokument potwierdzający objęcie ochroną i obywatelstwo np. paszport, dowód osobisty (do wglądu);  Маю дійсний документ, що дозволяє мені працювати та перебувати в Польщі (наприклад, віза, карта тимчасового проживання, карта постійного проживання, карта довгострокового резидента ЄС, документ, що підтверджує захист і громадянство, наприклад, паспорт, ID-карта (для перевірки); | TAK ☐  NIE ☐  Hi |
| Zamieszkuję/pracuję na terenie województwa śląskiego  (na podstawie oświadczenia UP)  Я живу/працюю в Сілезькому воєводстві (на основі заяви УП) | TAK ☐  NIE ☐  Hi |
| Jestem osobą niepracującą (Jeśli TAK, proszę zaznaczyć właściwe pole)  Я безробітний (Якщо ТАК, позначте відповідний пункт) | TAK ☐ NIE ☐  Hi |
| ☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy (Należy dołączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzające status osoby bezrobotnej)  Безробітний, не зареєстрований у службі зайнятості (Потрібно додати довідку з органу соціального страхування про підтвердження статусу безробітного) |
| ☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji rzędów pracy (należy dołączyć zaświadczenie z PUP)  Безробітний, зареєстрований у службі зайнятості (Потрібно додати довідку з Державної служби зайнятості) |
| ☐ w tym długotrwale bezrobotna (osoba do 25 roku życia jest bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 m-cy, osoba powyżej 25 roku życia jest bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)  в тому числі довготривалі безробітні (особа віком до 25 років перебувала без роботи безперервно понад 6 місяців, особа віком від 25 років перебувала без роботи безперервно понад 12 місяців) |
| ☐ Osoba bierna zawodowo (Należy dołączyć Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS potwierdzające brak tytułu do odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne w związku z zatrudnieniem lub wykonywaniem innej pracy zarobkowej).  Професійно неактивна людина (Потрібно додати довідку з Установи соціального страхування або підтвердження, згенероване на Платформі електронних послуг ZUS про відсутність права на сплату внесків соціального страхування у зв’язку з працевлаштуванням або іншою оплачуваною роботою) |
| Jestem osobą pracującą (zaznaczyć właściwe) osoba w wieku 15 – 89 lat, która wykonuje pracę za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne; osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność gospodarczą, która jednak chwilowo nie pracuje (ze względu np. na chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie lub szkolenie); osoba produkująca towary rolne, których główna część przeznaczona jest na sprzedaż lub barter. Jeśli tak – zaznaczyć właściwe.    Я працююча людина (Зазначте у відповідному полі) особа віком від 15 до 89 років, яка виконує роботу, за яку отримує винагороду або від якої отримує прибуток чи сімейні блага; особа, яка працює за наймом чи самозайнятою особою, але тимчасово не працює (через, наприклад, хворобу, відпустку, трудовий спір або навчання чи навчання); особа, яка виробляє сільськогосподарську продукцію, основна частина якої призначена для продажу або бартеру. | TAK ☐ NIE ☐  Hi |
| ☐ osoba pracująca zatrudniona na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej  працююча особа, яка працює за трудовим або цивільноправовим договором  ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek  самозайнята особа |

|  |  |
| --- | --- |
| KRYTERIA DODATKOWO PUNKTOWANE  ДОДАТКОВІ КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ | |
| Jestem osobą objętą w Polsce czasową ochroną po agresji Rosji na Ukrainę (na podstawie zaświadczenia potwierdzającego korzystanie z ochrony czasowej).  Я особа, яка перебуває під тимчасовим захистом у Польщі після агресії Росії проти України (на підставі довідки про використання тимчасового захисту) | TAK ☐  NIE ☐  Hi |
| Jestem osobą narażoną na dyskryminację wielokrotną Ze względu na jeszcze inną niż pochodzenie przesłanki zgodnie z art.9 ust.3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2021/1060: 3. Państwa członkowskie i Komisja podejmują odpowiednie kroki w celu zapobiegania wszelkiej dyskryminacji ze względu na płeć, rasę lub pochodzenie etniczne, religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną podczas przygotowywania, wdrażania, monitorowania, sprawozdawczości i ewaluacji programów. W procesie przygotowywania i wdrażania programów należy w szczególności wziąć pod uwagę zapewnienie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. (Na podstawie oświadczenia UP).  Я людина, яка піддається множинній дискримінації Через інше походження , відмінне від походження, відповідно до пункту 3 статті 9 Регламенту (ЄС) № 2021/1060 Європейського Парламенту та Ради: 3. Держави-члени та Комісія вживають належних заходів для запобігання будь-якій дискримінації за статтю, расовим чи етнічним походженням, релігією чи переконаннями, інвалідністю, віком чи сексуальною орієнтацією під час підготовки, реалізації, моніторингу, звітності та оцінки програм. У процесі підготовки та реалізації програм особливу увагу слід приділяти забезпеченню доступності для людей з обмеженими можливостями. (На підставі заяви Управління праці) | TAK ☐  NIE ☐  Hi |
| Jestem osobą bezrobotną (na podstawie zaświadczenia z PUP/ZUS/potwierdzenia z PUE ZUS)    Я безробітний (на підставі довідки PUP/ZUS/підтвердження PUE ZUS) | TAK ☐  NIE ☐  Hi |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością (na podstawie orzeczenia/inny dokument potwierdzający stan zdrowia).  Я людина з інвалідністю (на підставі постанови/іншого документа, що підтверджує стан здоров'я) | TAK ☐  NIE ☐  Hi |

|  |
| --- |
| ANKIETA POTRZEB. KONIECZNE USPRAWNIENIA  Анкета потреб |

UWAGI KANDYDATÓW/-TEK Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ZWIĄZANE Z POTENCJALNYM UCZESTNICTWEM W PROJEKCIE UMOŻLIWIAJĄCE UDZIAŁ NA TAKICH SAMYCH WARUNKACH JAK INNI UCZESTNICY PROJEKTU.

ДО УВАГИ КАНДИДАТІВ З ІНВАЛІДНІСТЮ ЩОДО ПОТЕНЦІЙНОЇ УЧАСТІ В ПРОЄКТІ, ЩО ДОЗВОЛЯЮТЬ УЧАСТЬ НА ТАКИХ САМИХ УМОВАХ, ЩО ІНШИМ УЧАСНИКАМ ПРОЄКТУ.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Czy jest Pan/-i osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?   Ви в інвалідному візку? | |
| TAK ☐ NIE ☐  Hi | |
| 1. Czy ma Pan/-i specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie (np. paraliż kończyn górnych, głuchość)?   Чи є у вас особливі потреби внаслідок інвалідності, пов’язаної з участю в проєкті (наприклад параліч верхніх кінцівок, глухота)? | |
| TAK ☐ NIE ☐  Hi | |
| (Poniżej proszę wpisać jakie):  (Будь ласка, вкажіть нижче):  • Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:  Простір, адаптований до обмежених можливостей пересування: ……………………........................ • Alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille`a itp.)  Альтернативні форми матеріалів (наприклад, використання шрифту Брайля тощо): ………………………………………………………………………………………..  • Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:  Надання системи слухового апарату: ……………………………………………………………  • Zapewnienie tłumacza języka migowego:  Надання сурдоперекладача: …………………………………………………….……  • Inne:  Інше: …………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| 1. Jakie trudności ma Pan/-i ze względu na swoją niepełnosprawność? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):   Які труднощі у вас виникають через вашу інвалідність? (можна вибрати більше однієї відповіді): | |
| ☐ samodzielne poruszanie się, /пересуватися самостійно,  ☐ czytanie i rozumienie tekstu,/ читання та розуміння тексту,  ☐ komunikowanie się z otoczeniem,/спілкування з оточенням,  ☐ trudności emocjonalne, / емоційні труднощі,  ☐ inne/ інші ………………………………………………………………………………………..  ☐ nie mam/ не маю | |
| 1. Z jakiego sprzętu rehabilitacyjnego korzysta Pan/-i na co dzień? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):   Яке реабілітаційне обладнання ви використовуєте щодня? (можна вибрати більше однієї відповіді): | |
| ☐ z balkonika, / ходунки,  ☐ z wózka inwalidzkiego, /інвалідний візок,  ☐ z aparatu słuchowego, / слуховий апарат,  ☐ z białej laski, / білу паличку, ☐ pies przewodnik, / собака-поводир,  ☐ z innych (jakich?) іншe (якe?)………………………………………………………………...... | |
|  |  |
| Miejscowość, data  Місцевість, дата | Czytelny podpis Kandyda/-tki  Розбірливий підпис кандидата |

|  |  |
| --- | --- |
| OŚWIADCZENIE O NIEPOWIELANIU WSPARCIA (BRAK PODWÓJNEGO DOFINANSOWANIA) ДЕКЛАРАЦІЯ ЩОДО НЕДУБЛЮВАННЯ ПІДТРИМКИ (БЕЗ ПОДВІЙНОГО ФІНАНСУВАННЯ) | |
| Z uwagi na zapewnienie zabezpieczenia przed wystąpieniem ryzyka podwójnego finansowania, Kandydat/ka poinformowany/a przez **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.**, o procedurze weryfikowania złożonego oświadczenia oraz uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, składa następujące oświadczenie.  Щоб забезпечити захист від ризику подвійного фінансування, Кандидат, отримавши інформацію від **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** про порядок перевірки поданої декларації та будучи попередженим про кримінальну відповідальність за подання недостовірних декларацій, подає наступну декларацію.  **OŚWIADCZENIE O NIEPOWIELANIU WSPARCIA**  **ЗАЯВА ПРО НЕОТРИМАННЯ ІНШОЇ ПІДТРИМКИ**  Ja niżej podpisany/a, uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że:  Я, нижче підписаний, будучи попередженим про кримінальну відповідальність за подання неправдивих декларацій, заявляю, що:  NIE OTRZYMUJĘ jednocześnie wsparcia w innym projekcie dofinansowanym ze środków EFS+  Я НЕ отримую підтримку в іншому проєкті, який співфінансується ESF+ одночасно | |
|  |  |
| Miejscowość, data  Місцевість, дата | Czytelny podpis Kandyda/-tki  Розбірливий підпис кандидата |

|  |  |
| --- | --- |
| OŚWIADCZENIE  ЗАЯВА | |
| Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:  1. samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie „Aktywna Integracja” nr **FESL.07.03-IP.02-0B91/24**, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, realizowanego przez **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.**  2. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.: „**NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim”** oraz spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie;  3. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.: „**NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim**” i akceptuję jego postanowienia;  4. zostałem/-am poinformowany/a, że ww. Projekt jest realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, Priorytet: VII Fundusze Europejskie społeczeństwa, Działanie: 7.03 Integracja społeczno – gospodarcza cudzoziemców;  5. zostałem/-am poinformowana, że ww. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027;  6. zostałem/-am poinformowany/a, że Organizatorem Projektu jest **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.**;  7. zostałem/-am poinformowany/-a, że udział w projekcie jest bezpłatny;  8. zostałem/-am poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie;  9. zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez W **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej / Instytucji Pośredniczącej;  10. zostałem/-am poinformowany-a o zasadach równości szans oraz przeciwdziałania dyskryminacji;  11. zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku przekazywania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu programu;  12. mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsca zamieszkania;  13. mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** stają się własnością firmy i nie mam prawa żądać ich zwrotu;  14. zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych, dotyczących stanu zdrowia, itp.;  15. wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail);  16. wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pn.: „**NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim**” oraz zgodę na udział w dalszym postępowaniu rekrutacyjnym;  17. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** na potrzeby rekrutacji oraz realizacji projektu pn.: „**NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim**” zgodnie z Ustawą z dnia 24.05.2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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);  18. w związku z obowiązkiem upowszechniania informacji dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej oraz promocji (Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006), wyrażam zgodę na utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach, publikowanie zdjęć, w tym na stronie internetowej, portalach społecznościowych czy w prasie;  19. zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia przewidzianych w Projekcie pn.: „**NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim**” a w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Organizatora Projektu;  20. zobowiązuję się do informowania Organizatora Projektu o każdorazowej zmianie danych osobowych i kontaktowych wpisanych do Formularza zgłoszeniowego;  21. wszelkie dane podane w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym w tym dane dotyczące wykształcenia;  22. zobowiązuję się niezwłocznie poinformować **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** o rozpoczęciu udziału w innym Projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027.  Uprzedzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane w niniejszym formularzu informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.  Я, нижчепідписаний, заявляю, що:  1.Самостійно, з власної ініціативи, заявляю про бажання взяти участь у проєкті « **NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim**» № **FESL.07.03-IP.02-0B91/24**, співфінансується Європейським Союзом у рамках програми Європейських фондів для Сілезії 2021-2027, виконується **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.**  2. Я ознайомився з Положенням про набір та участь у проєкті під назвою: « **NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim** » та відповідаю критеріям участі у Проєкті;  3. Я ознайомився з Положенням про набір та участь у проєкті під назвою « **NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim** » та приймаю його положення;  4. Мене повідомили, що вищезазначений проєкт реалізується в рамках Програми Європейських фондів для Сілезії 2021-2027, Пріоритет: VII Європейські фонди для суспільства, Захід: 7.03 Соціально-економічна інтеграція іноземців;  5. Мене повідомили, що вищезазначений проєкт співфінансується Європейським Союзом – Європейський соціальний фонд плюс у рамках Програми Європейських фондів для Сілезії 2021-2027;  6. Мене повідомили, що організатором проєкту є **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.**;  7. Мене повідомили, що участь у проєкті безкоштовна;  8. Мене повідомили, що подання цієї форми заявки не є кваліфікацією для участі в Проєкті;  9. Мене повідомили про зобов'язання брати участь в оціночних дослідженнях, які проводить **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.**, а також зовнішні організації, уповноважені Керівним органом / Посередницьким органом;  10. Мене поінформовано про принципи рівних можливостей та протидії дискримінації;  11. Мене поінформували про зобов’язання надати інформацію про мою ситуацію після виходу з програми;  12. Мені відомо, що послуги можуть надаватися не за місцем мого проживання;  13. Мені відомо, що всі документи, надані **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** стають власністю компанії, і я не маю права вимагати їх повернення;  14. Мене поінформували про можливість відмови в наданні конфіденційних даних, тобто расових, етнічних, даних про стан здоров’я тощо;  15. Даю згоду на передачу інформації по телефону та/або в електронному вигляді (e-mail);  16. Висловлюю добровільну участь у Проєкті « **NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim** » та даю згоду брати участь у подальших процедурах набору;  17. Я даю згоду на обробку моїх персональних даних **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** для цілей набору та реалізації проекту під назвою: «Активна інтеграція» відповідно до Закону від 24 травня 2018 року про захист персональних даних (Законодательный вестник 2018 року, пункт 1000, зі змінами) та Регламенту (ЄС) 2016/679 Європейського Парламенту та Ради 27 квітня 2016 р. про захист фізичних осіб щодо обробки персональних даних і вільного переміщення таких даних, а також про скасування Директиви 95/46/ЄС (Загальний регламент захисту даних);  18. у зв’язку із зобов’язанням поширювати інформацію про реалізацію проєктів, співфінансованих Європейським Союзом, та просування (Регламент Ради (ЄС) № 1083/2006 від 11 липня 2006 року), я даю згоду на запис мого зображення на фотографіях, публікацію фотографій, у тому числі на веб-сайті, у соціальних мережах або в пресі;  19. Зобов'язуюсь брати участь у всіх формах підтримки, передбачених Проєктом під назвою: « **NOWE SZANSE – lepsze jutro dla cudzoziemców w województwie śląskim**» та у разі відмови від участі в Проєкті, зобов'язуюсь негайно повідомити про це Організатора Проєкту;  20. Я зобов'язуюсь повідомляти Організатора проєкту про будь-які зміни моїх персональних та контактних даних, зазначених у Анкеті;  21. усі дані, наведені в Анкеті, відповідають фактичному та правовому статусу, у тому числі дані щодо освіти;  22. Зобов'язуюсь негайно повідомити **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** про початок участі в іншому проєкті, який співфінансується Європейським соціальним фондом Plus в рамках програми Європейські фонди для Сілезії 2021-2027.  **Попереджений про цивільно-правову відповідальність (що випливає з Цивільного кодексу) за подання недостовірних декларацій, підтверджую, що інформація, наведена в цій формі, відповідає фактичному та правовому стану.** | |
|  |  |
| Miejscowość, data  Місцевість, дата | Czytelny podpis Kandyda/-tki  Розбірливий підпис кандидата |

|  |  |
| --- | --- |
| WYPEŁNIENIE OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH ВИКОНАННЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ЩОДО ЗАХИСТУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ | |
| Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) informujemy, iż:  1. Administratorem Pana/-i danych osobowych jest **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** z siedzibą 41-400 Mysłowice, ul Bernarda Świerczyny 72.  2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych można kontaktować się z **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: noweszanse@diagno-test.pl.  3. Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie udzielonej zgody.  4. Pana/-i dane osobowe są przetwarzane w celu rekrutacji i są przetwarzane wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.  5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia. Dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia w roku, w którym dokonano ostatniej wypłaty dofinansowania w ramach projektu, do którego realizowana jest rekrutacja dotycząca Pana/-i osoby. Administrator poinformuje o dacie rozpoczęcia okresu, o którym mowa w zdaniu pierwszym na swojej stronie internetowej www.diagno-test.pl .  6. Odbiorcami Pana/-i danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.  7. Podanie przez Pana/-ią danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.  8. Przysługuje Panu/-i prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.  9. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:  • dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;  • wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. Potwierdzam odbiór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.  **Potwierdzam odbiór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.** | |
| Відповідно до ст. 13 сек. 1 і розд. 2 Регламенту (ЄС) 2016/679 Європейського Парламенту та Ради від 27 квітня 2016 року про захист фізичних осіб у зв’язку з обробкою персональних даних і вільного переміщення таких даних, а також про скасування Директиви 95/46/ЄС (Загальний регламент захисту даних), повідомляємо, що:  1. Адміністратором ваших персональних даних є **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** z siedzibą 41-400 Mysłowice, ul Bernarda Świerczyny 72  2. З питань захисту персональних даних ви можете звернутися до **Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.** з інспектором із захисту даних за такою адресою електронної пошти: projekt@szkoleniawkk.pl.  3. Адміністратор обробляє персональні дані на підставі наданої згоди.  4. Ваші персональні дані обробляються з метою найму та обробляються виключно на основі попередньо наданої згоди в обсязі та з метою, зазначеними у змісті згоди.  5. Правовою основою для обробки даних є ст. 6 розділу 1 листа та вищезгаданого Регламенту. Персональні дані зберігатимуться протягом п’яти років, починаючи з 31 грудня року, в якому було здійснено останній платіж фінансування за проектом, для якого здійснюється ваш набір. Про дату початку періоду, зазначеного в першому реченні, Адміністратор повідомить на своєму сайті www.diagno-test.pl .  6. Одержувачами ваших даних будуть суб’єкти, які на підставі укладених договорів обробляють персональні дані від імені Адміністратора.  7. Надання своїх персональних даних Адміністратору є добровільним.  8. Ви маєте право відкликати цю згоду в будь-який час. Це відкликання не впливає на відповідність обробки, здійсненої на основі згоди до її відкликання, чинному законодавству. 9. Суб'єкт даних має право:  • доступ до вмісту ваших даних і можливість виправлення, виправлення, обмеження їх обробки, а також - у випадках, передбачених законом - право на видалення даних і право на заперечення проти обробки даних;  •подання скарги до наглядового органу, якщо дані обробляються з порушенням положень вищевказаного регламенту, тобто до президента Управління захисту персональних даних, вул. Stawki 2, 00-193 Варшава. Підтверджую отримання інформаційного пункту щодо обробки моїх персональних даних згідно з жарт. 13 Регламент (ЄС) 2016/679 Європейського Парламенту та Ради від 27 квітня 2016 р. | |
|  |  |
| Miejscowość, data  Місцевість, дата | Czytelny podpis Kandydata/-ki  Розбірливий підпис кандидата |
| OŚWIADCZENIE O DOSTARCZENIU DOKUMENTÓW  ЗАЯВА ПРО ВИДАЧУ ДОКУМЕНТІВ | |
| Ja, niżej podpisany/-a, oświadczam, że: zobowiązuję się do dostarczenia Organizatorowi Projektu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie (również w przypadku przerwania udziału w projekcie) dokumentów potwierdzających status na rynku pracy:  ➢ Dokumenty potwierdzające zatrudnienie/samozatrudnienie: kopia umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej lub zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu lub dokumenty potwierdzające rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej (np. dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenie społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ – np. ZUS, Urząd Skarbowy, urząd miasta/gminy) – dotyczy osób, które podejmą zatrudnienie/samozatrudnienie.  ➢ Dokumenty potwierdzające rozpoczęcie nauki/szkolenia/podjęcie wolontariatu  Я, нижчепідписаний, заявляю, що: Я зобов’язуюсь надати Організатору проєкту документи, що підтверджують мій статус на ринку праці, протягом 4 тижнів після завершення участі в проєкті (у тому числі у разі припинення участі в проєкті):  - Документи, що підтверджують працевлаштування/самозайнятість: копія трудового договору/цивільно-правового договору або довідка від роботодавця про працевлаштування або документи, що підтверджують початок підприємницької діяльності (наприклад, підтвердження сплати належних внесків на соціальне страхування або довідка, видана уповноваженим органом  – наприклад, ZUS, податковою інспекцією, міською/гмінною службою) – стосується осіб, які братимуть роботу/самозайнятість. - Документи, що підтверджують початок навчання/стажування/волонтерства | |
|  |  |
| Miejscowość, data  Місцевість, дата | Czytelny podpis Kandyda/-tki  Розбірливий підпис кандидата |
| Potwierdzam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.  Я підтверджую, що наведені вище дані відповідають наданому документу, що посвідчує особу | |
|  |  |
| Godzina i data wpływu  Час і дата отримання | Podpis osoby reprezentującej Organizatora Projektu  Підпис особи, яка представляє Організатора проєкту |