



„Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze”

Załącznik nr 1

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 UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię (imiona)		
Nazwisko		
PESEL lub DATA URODZENIA:		
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w przypadku braku numeru PESEL)		
Adres zamieszkania / adres kontaktowy	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Miejscowość:	
	Kod pocztowy:	
	Ulica:	
	Numer budynku:	
	Numer lokalu:	
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne
	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> policealne
	<input checked="" type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe





„Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze”

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się lub kształcąca <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Tak Zatrudniony w: Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu Wykonywany zawód: W tym osoba pracująca: <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne, gdzie? <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	
	<input type="checkbox"/> Nie	
	<input type="checkbox"/> Odmowa informacji	
	<input type="checkbox"/> Tak	





„Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze”

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Nie
	<input type="checkbox"/> Odmowa informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak
	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak
	<input type="checkbox"/> Nie
	<input type="checkbox"/> Odmowa informacji

KRYTERIA PREMIUJĄCE do udziału w projekcie

Osoba prowadząca zajęcia z osobami z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak
	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca na stanowisku, gdzie występuje bezpośredni kontakt z osobami z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak
	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w jednostce Uczelni, w której studiuje duża liczba osób z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak
	<input type="checkbox"/> Nie

DANE DOTYCZĄCE WSPARCIA – uzupełnia pracownik Biura projektu

Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Rodzaj przyznanego wsparcia	
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	

Oświadczenie:

Ja, niżej podpisany/-a, świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, deklaruję, iż dane podane w niniejszym formularzu zgłoszeniowym i w oświadczeniu uczestnika projektu „**Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu - likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze**”, są zgodne z prawdą. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem(-am) się z Regulaminem Projektu i zobowiązuję się do jego przestrzegania; 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 i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu





„Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze”

Załącznik nr 2

FORMULARZ REKRUTACYJNY

DANE OSOBOWE:

NAZWISKO I IMIĘ	
KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	
STANOWISKO PRACY	<input type="checkbox"/> Kadra administracyjna <input type="checkbox"/> Personel pomocniczy <input type="checkbox"/> Kadra zarządzająca <input type="checkbox"/> Kadra naukowo-dydaktyczna
FORMA ZATRUDNIENIA	

PREFEROWANY ZAKRES WSPARCIA:

Blok I. Szkolenia Świadomościowe	<input type="checkbox"/>
Szkolenie specjalistyczne dot. dostępności architektonicznej	<input type="checkbox"/>

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:	<input type="checkbox"/> tłumacz Polskiego Języka Migowego
	<input type="checkbox"/> tłumacz Systemu Językowo-Migowego
	<input type="checkbox"/> pętla indukcyjna
	<input type="checkbox"/> powiększony tekst
	<input type="checkbox"/> wsparcie asystenta:
	<input type="checkbox"/> inne:

Data wypełnienia:	
Podpis osoby składającej:	
Data wpływu formularza:	
Podpis osoby przyjmującej formularz:	



„Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze”

Załącznik nr 3

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”:
 - 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, z późn. zm.),
 - c) 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”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące





„Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

- likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze”

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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
- 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 „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.
- 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, ul. Nowogrodzka 47a, 00-695 Warszawa (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt - Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, z siedzibą ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - Stowarzyszenie na rzecz równego dostępu do kształcenia "Twoje Nowe Możliwości", ul. Grabiszyńska 163 lok. 210-215, 53-439 Wrocław (nazwa i adres ww. podmiotów). 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.





*„Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- likwidujemy bariery w umysłach, sercach i architekturze”*

5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlą 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. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu

