*Załącznik nr 2 do Regulaminu subsydiowania zatrudnienia*

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

w ramach projektu *Opolskie pracuje elastycznie*

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu Formularza\*:** |  |
| **Numer rekrutacyjny\*:** |  |

*\* pole wypełnia personel projektu*

*POUCZENIE:*

* *Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z obowiązującym Regulaminem subsydiowania zatrudnienia.*
* *Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, a udzielone informacje powinny być jednoznaczne i precyzyjne. W przypadku ręcznego wypełnienia Formularza należy stosować pismo drukowane.*
* *W przypadku pól niedotyczących Uczestnika należy wpisać „nie dotyczy”. Co do zasady Formularz nie może zawierać niewypełnionych pól.*
* *Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone klauzulą „za zgodność z oryginałem” podpisaną z aktualną datą.*
* *Zabrania się używania korektora, wszelkie pomyłki proszę przekreślić i zaparafować.*
* *Niedopuszczalne jest jakiekolwiek modyfikowanie i usuwanie elementów Formularza (w tym logotypów) - dopuszcza się wyłącznie dodawanie stron, rozszerzanie rubryk wynikające z objętości treści.*
* *Złożony Formularz nie podlega zwrotowi.*
* *Pracodawca/Uczestnik jest zobowiązany do informowania o wszystkich zmianach dot. danych podawanych w Formularzu w terminie określonym w Regulaminie subsydiowania zatrudnienia.*
* *Beneficjent jest uprawniony do żądania złożenia przez Pracodawcę/Uczestnika dokumentów pozwalających na weryfikację danych zawartych w Formularzu.*

**Dane uczestnika projektu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane osobowe:** | | | |
| 1. Imię i nazwisko: |  | | |
| 1. Płeć (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem ”X”): | 🞏 Kobieta | 🞏 Mężczyzna | |
| 1. PESEL: |  | | |
| 1. Wiek (liczba pełnych skończonych lat na dzień złożenia Formularza danych osobowych): |  | | |
| 1. Data urodzenia: |  | | |
| 1. Obywatelstwo: |  | | |
| **Dane teleadresowe:** | | | |
| 1. Adres zamieszkania: |  | | |
| 1. Powiat: |  | | |
| 1. Gmina: |  | | |
| 1. Numer telefonu: |  | | |
| 1. Adres e-mail: |  | | |
| **Dane o zatrudnieniu:** | | | |
| 1. Nazwa pracodawcy: |  | | |
| 1. Adres siedziby oraz oddziału (jeżeli jest inny niż adres siedziby): | Siedziba: | | Oddział: |
|  | |  |
| 1. Zawód: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Elastyczna forma zatrudnienia: | * praca zdalna, miejsce świadczenia pracy (adres): ……………………………………….………………………………………………………………………………………, * praca hybrydowa, miejsce świadczenia pracy (adres obu miejsc): ……………………………….………………………………………………………………………………………………, * praca rotacyjna, * zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy, * job sharing, * zadaniowy tryb pracy, * inne:………………………………………………………… ……………………………………………………………… |
| 1. Umowa o pracę podpisana na okres zatrudnienia (od … do …): |  |
| **Dane o wykształceniu:** | |
| 1. Poziom wykształcenia (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem ”X”): | * podstawowe, * gimnazjalne, * ponadgimnazjalne (dotyczy także osób, które posiadają wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe), * pomaturalne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych),   wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, tj. uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora). |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane o szczególnej sytuacji na rynku pracy:** | |
| 1. Czy osoba objęta wsparciem jest (należy zaznaczyć właściwe odpowiedzi znakiem ”X”): | * osobą, która sprawuje opiekę nad małym dzieckiem[[1]](#footnote-1), * osobą, która sprawuje opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu[[2]](#footnote-2), * osobą 50+[[3]](#footnote-3), * osobą mieszkającą na Obszarze Strategicznej Interwencji wskazanym w Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego,   tj. miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze[[4]](#footnote-4) i/lub obszarów zagrożonych trwałą marginalizacją[[5]](#footnote-5),   * osobą zamieszkującą obszary wiejskie[[6]](#footnote-6), * niepełnosprawność[[7]](#footnote-7), * żadne z powyższych. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Dane dotyczące szczególnych potrzeb:** | |
| 1. Czy osoba objęta wsparciem jest osobą ze szczególnymi potrzebami, na przykład wynikającymi  z niepełnosprawności? Jeśli tak, proszę wskazać  z jakimi: |  |

Oświadczam, że:

* deklaruję chęć podjęcia zatrudnienia w ramach projektu *Opolskie pracuje elastycznie*,   
  o którym mowa w Regulaminie subsydiowania zatrudnienia w projekcie *Opolskie pracuje elastycznie,*
* akceptuję warunki uczestnictwa wskazane w Regulaminie subsydiowania zatrudnienia   
  w projekcie *Opolskie pracuje elastycznie.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ..……………………………………… |  | | | …………………………………………… | |
| *(miejscowość i data)* | | |  | *(czytelny podpis)* | |

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach projektu *Opolskie pracuje elastycznie*, w szczególności danych zawartych w Formularzu danych osobowych Uczestnika projektu *Opolskie pracuje elastycznie*,

**Przyjmuję do wiadomości**, że Pracodawca, z którym zawarłem/am umowę o pracę w ramach projektu *Opolskie pracuje elastycznie* będzie przekazywał moje dane osobowe Beneficjentowi oraz innym upoważnionym instytucjom krajowym i instytucji Unii Europejskiej monitorujących realizację projektu **w celu refundacji kosztów mojego zatrudnienia** oraz wypełnienia obowiązków związanych z rozliczeniem Umowy o subsydiowanie zatrudnienia, o której mowa § 4 ust. 16 Regulaminu, zgodnie z Regulaminem projektu oraz obowiązującymi przepisami prawa.

Podanie danych osobowych jest **dobrowolne**, jednak konieczne do udziału w projekcie *Opolskie pracuje elastycznie*. Odmowa podania danych uniemożliwia uczestnictwo w projekcie oraz zawarcie umowy o pracę w jego ramach.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ..……………………………………… |  | | | …………………………………………… | |
| *(miejscowość i data)* | | |  | *(czytelny podpis)* | |

1. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy złożyć odpowiednie zaświadczenie/informację z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub przedstawić do wglądu akt urodzenia dziecka oraz w przypadku dziecka z niepełnosprawnością orzeczenie o niepełnosprawności. Małe dziecko to dziecko w wieku do 6 lat (a w przypadku gdy jest to dziecko   
   z niepełnosprawnością do lat 7). [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy złożyć dodatkowe oświadczenie lub przedłożyć do wzglądu orzeczenie o niepełnosprawności. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi należy przedstawić do wglądu dokument tożsamości. Osoba 50+, to osoba, która do dnia poprzedzającego przystąpienie do projektu ukończyła 50 rok życia. [↑](#footnote-ref-3)
4. 8 miast: Brzeg, Kędzierzyn-Koźle, Kluczbork, Krapkowice, Namysłów, Nysa, Prudnik, Strzelce Opolskie [↑](#footnote-ref-4)
5. 15 gmin: Baborów, Branice, Cisek, Domaszowice, Gorzów Śląski, Kamiennik, Murów, Otmuchów, Paczków, Pakosławice, Pawłowiczki, Radłów, Świerczów, Wilków, Wołczyn. [↑](#footnote-ref-5)
6. Rozumiane zgodnie ze stopniem urbanizacji ujętym w klasyfikacji DEGURBA – w Polsce klasyfikacja oparta jest na podziale gminnym. [↑](#footnote-ref-6)
7. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy po wyrażeniu odrębnej zgody na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych okazać do wglądu orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez organ do tego upoważniony. Osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.   
   o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 44   
   ze zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r.   
   o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r., poz. 917), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. [↑](#footnote-ref-7)