





Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

**VI. INFORMACJE O KWALIFIKACJACH ZAWODOWYCH PRACOWNIKÓW** - Poziom wykształcenia, zaznaczyć właściwe poprzez postawienie znaku „x”:

- wyższe (ISCED 5-8 - pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym licencjackim i/lub magisterskim);
- policealne (ISCED 4 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej);
- ponadgimnazjalne (ISCED 3 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej);
- gimnazjalne (ISCED 2 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej);
- podstawowe (ISCED 1 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej);
- niższe niż podstawowe (ISCED 1 - brak formalnego wykształcenia).

**VII. INFORMACJE O PRACY ZAWODOWEJ**

*Nazwa miejsca obecnego zatrudnienia*

*Dokładny adres miejsca obecnego zatrudnienia*

*Adres e-mail do miejsca obecnego zatrudnienia*

*Zajmowane stanowisko / wykonywany zawód*

**VIII. INNE DANE**

1. Jestem osobą z problemami w zakresie narządów ruchu np. problemy, ortopedyczne, urazowe, zwyrodnieniowe  TAK  NIE

2. Zgłaszam specjalne potrzeby w zakresie udziału w Projekcie:

.....

.....

.....

.....

Osoba należąca do mniejszości etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  TAK  NIE

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK  NIE

Osoba z niepełnosprawnościami  TAK  NIE

**W przypadku  
zaznaczenia  
odpowiedzi „TAK”  
załączyć  
zaświadczenie o  
niepełnosprawności**

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  TAK  NIE

w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TAK	NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TAK	NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) np. wykształcenie na poziomie niższym niż podstawowe, byli więźniowie, narkomani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TAK	NIE

**IX. DANE DOTYCZĄCE WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU (odpowiednie zaznaczyć np. „x”):**

1. Oświadczam, iż jestem osobą w wieku aktywności zawodowej, w tym:
- |                                  |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| osobą pracującą do 50 roku życia | bierną zawodowo z powodu stanu zdrowia, w tym w szczególności powyżej 50 roku życia | osobą pracującą w tym w szczególności powyżej 50 roku życia |
| <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                    |
2. Oświadczam, iż jestem pracownikiem:
- Umysłowym - pracownicy administracyjni (pracownik administracyjno-biurowy, pracownik socjalny, kadra kierownicza);
  - Fizycznym - robotnik gospodarczy, konserwatorzy, sprzątaczkę, kucharki.
  - inni, w tym nauczyciele.
3. Deklaruję uczestnictwo w następujących formach wsparcia przewidzianych w ramach projektu:
- A. Zajęcia obowiązkowe TYLKO dla kadry zarządzającej:**
- Warsztaty wyjazdowe dla kadry kierowniczej niższego i wyższego szczebla w zakresie walki ze stresem, motywacji i przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu;
- B. Zajęcia TYLKO dla pracowników umysłowych, w tym dla kadry zarządzającej:**
- Coaching\*;
  - Dopuszczenie/wyposażenie stanowisk pracy zgodnie z potrzebami zgłaszanymi przez UP i pracodawcę mające na celu zapewnienie ergonomii lub bezpieczeństwa stanowiska pracy i utrzymanie zatrudnienia (ergonomiczny fotel biurowy profilaktyczny z ergonomiczną podpórką / podkładką lędźwiową pod plecy oraz ramiona na fotel, podnózek, komputer z dużym wyświetlaczem LED)\*\*;
- \* również dla nauczycieli.  
\*\* z wyłączeniem nauczycieli
- C. Wsparcie obowiązkowe dla WSZYSTKICH pracowników umysłowych i fizycznych oraz nauczycieli:**
- Pakiet badań profilaktycznych (podstawowy oraz pakiet poszerzony);
  - Konsultacje indywidualne z fizjoterapeutą;
  - Konsultacje neurologiczne przed i po badaniach;
  - Pakiet rehabilitacyjny - diagnostyka laboratoryjna fizjoterapeutyczna (np. Bieżnia ZEBRIS Platforma Biodex Balance SD Tergumed / badania fizjoterapeutyczne);
  - Warsztaty przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu dla pracowników - klawiterapia;
  - Indywidualne konsultacje z psychologiem;
  - Edukacja zbiorowa na terenie zakładu (profilaktyka układu ruchu) z fizjoterapeutą;



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

- Piknik edukacyjno-zdrowotny dla pracowników i ich rodzin połączony z działaniami edukacyjno-zdrowotnymi;
- Zorganizowanie punktu medycznego na terenie urzędu gminy Działoszyce: zakup wyposażenia (np. ciśniomierz z drukarką, aparat EKG, analizator, składu ciała i wagi).

#### X . OŚWIADCZENIA (odpowiednie zaznaczyć x):

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Wydłużenie aktywności zawodowej pracowników gminy Działoszyce” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w **Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie pn. „Wydłużenie aktywności zawodowej pracowników gminy Działoszyce”**;
2. Oświadczam, że jestem pracownikiem Gminy Działoszyce lub jednostek podległych Gminie Działoszyce (*wstawić znak „x” przy właściwym*) pracującym na jednym z niżej wymienionych stanowisk:
  - pracownicy administracyjno-biurowi, w tym pracownik socjalny;**
  - pracownicy na stanowiskach robotniczych (robotnik gospodarczy, konserwatorzy, sprzątaczk, kucharki);**
  - przedstawiciele kadry zarządzającej, kadry kierowniczej Urzędu Miasta i Gminy Działoszyce / Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej / Dyrektorzy Szkół / Dyrektorzy Przedszkoli;**
  - pracownicy oświaty (nauczyciele, pomoc nauczycieli, opiekunowie).**
3. Zostałem(em) poinformowana(y), że ww. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego) oraz że udział w projekcie jest bezpłatny;
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, adres zamieszkania, numer telefonu, adres mailowy, zgodnie z Rozporządzeniem 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celu uczestnictwa w projekcie pn. „Wydłużenie aktywności zawodowej pracowników Gminy Działoszyce” planowanym do realizacji przez Gminę Działoszyce w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
5. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i upowszechnianie mojego wizerunku przez Gminę w Działoszycach w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby realizowanego ww. Projektu, prowadzonej działalności oraz informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego i rzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu; ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach w ramach *Osi Priorytetowej RPSW.08.00.00, Działania: RPSW.08.02.00 Aktywne i zdrowe starzenie się, Poddziałania: RPSW.08.02.01 Przeciwdziałanie przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej (projekty konkursowe) Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach zawartej umowy o dofinansowanie nr: RPSW.08.02.01-26-0020/20-00 z Województwem Świętokrzyskim z siedzibą w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, reprezentowanym przez Zarząd Województwa, pełniącym funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;*
6. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji ww. Projektu i po jego zakończeniu;
7. Jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w ww. Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi;
8. Zostałem(em) poinformowana(y) o możliwości udziału w formach wsparcia przewidzianych w projekcie pn. „Wydłużenie aktywności zawodowej pracowników Gminy Działoszyce”;
9. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

10. **Oświadczam, iż na dzień składania Oświadczenia do projektu pn. „Wydłużenie aktywności zawodowej pracowników Gminy Działoszyce” nie korzystałam/em z tego samego typu wsparcia w innych Projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**

**Pouczenia:**

Niniejsze oświadczenie składam będąc świadomym odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego, przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Uczestnika Projektu

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 101 poz. 926 z 2002r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych zawartych w karcie dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji, monitorowania i ewaluacji w projekcie pn. „**Wydłużenie aktywności zawodowej pracowników Gminy Działoszyce**”.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Uczestnika Projektu

**UWAGA! Wypełniony i podpisany formularz należy oddać do Biura Projektu do Gminy Działoszyce.**



## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Urząd Miasta i Gminy w Działoszycach, ul. Skalbmierska 5, 28-440 Działoszyce, Telefon: 41 352 60 05.

2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl).

3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze.

4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.

5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.

6. Odbiorcą Pani/Pana danych będą podmioty upoważnione na mocy przepisów prawa.

7. 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 Państwa danych.

- wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości udziału w projekcie pn. **„Wydlużenie aktywności zawodowej pracowników gminy Działoszyce”**.

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....  
Miejscowość

.....  
czytelny podpis Uczestnika Projektu