

Klinika ffx Grażyna Maria Nowak ul. Jurija Gagarina 30/7, 00-754 Warszawa

## ANKIETA REKRUTACYJNA

Numer projektu	RPPM.05.05.00-22-0042/16
Tytuł projektu	„Nowe kwalifikacje zawodowe pomorskich pielęgniarek”
Nazwa wsparcia Zaznacz właściwe !!!!	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Leczenie ran Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Ochrona zdrowia pracujących

Imię:	Nazwisko:	Płeć: M K
Data i miejsce urodzenia: _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _		Wiek w latach:
PESEL	<input type="text"/>	Dane do kontaktu (przynajmniej jedno pole wypełnić obowiązkowo): numer telefonu (domowy): _____ telefon komórkowy: _____ e-mail _____
Adres zamieszkania ( z dowodu tożsamości ) : ul. _____ nr _____ miejscowość _____ (miasto/ wieś) kod pocztowy _ _ - _ _ _ _ poczta _____ powiat _____ województwo _____		
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną a. TAK/NIE(dziecko do lat 7 b. TAK/NIE(dziecko powyżej 7lat) c. TAK/NIE (opieka nad osobą zależną) <small>(Osoba zależna to w szczególności osoba, wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem z uczestnikiem szkolenia lub pozostająca z nim we wspólnym gospodarstwie domowym).</small>		Poziom wykształcenia <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe, (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe, (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne, (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) średnie <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
Osoba niepełnosprawna – Tak /Nie/ <i>odmawiam podania danych</i> (posiadająca stwierdzony stopień niepełnosprawności)		
<b>Oświadczenia:</b> Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia ( <i>tak/nie/odmawiam podania danych</i> ) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań - <i>tak/nie</i> Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących - <i>tak/nie</i> w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu - <i>tak/nie</i> Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu - <i>tak/nie</i> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) – <i>tak/nie/odmawiam podania danych</i> ( pochodzenie z obszarów wiejskich, byli więźniowie, narkomani itp.). Kobieta powracająca do pracy po urodzeniu dziecka - <i>tak/nie</i>		

Właściwe zakreślić

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu \***

1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy - **tak/nie**

W tym: długotrwale bezrobotna – **tak/nie** ,  
inne - **tak/nie**

2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – **tak/nie**

W tym: długotrwale bezrobotna \* – **tak/nie**  
inne – **tak/nie**

3. Bierna zawodowo - **tak/nie**

W tym : inne - **tak/nie**

osoba ucząca się - **tak/nie**

osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu – **tak/nie**

4. Osoba pracująca – **tak/nie**

W tym : osoba pracująca w administracji rządowej - **tak/nie**

osoba pracująca w administracji samorządowej - **tak/nie**

inne - **tak/nie**

osoba pracująca w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (MMŚP) – (do 250 osób) - **tak/nie**

osoba pracująca w organizacji pozarządowej - **tak/nie**

osoba prowadząca działalność na własny rachunek - **tak/nie**

osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 250 osób) - **tak/nie**

\*Młodzież – poniżej 25 lat - osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy.

Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy

5. Zobowiązuję się jako uczestnik Projektu, do przekazania informacji dotyczącej mojej sytuacji w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie .

**1. Oświadczam, że:**

– Zapoznałem/łam się z Regulaminem i zasadami udziału w w/w projekcie i wyrażam wolę na uczestnictwo w nim.

– Zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w projekcie.

– **Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego.**

– Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym,

– Mam świadomość, że egzamin może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.

**2. Oświadczam, że moim miejscem**

- **zamieszkania** (w rozumieniu kodeksu cywilnego, Art. 25. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.),

- **pobytu - osoby bezdomne**

**jest :**

.....  
(proszę podać nazwę miejscowości i adres) (osoby bezdomne – miejscowość)

**3. Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie danych nieprawdziwych**

4. Deklaruję dobrowolną chęć przystąpienia z dniem dzisiejszym z własnej inicjatywy w charakterze Uczestnika do projektu „Nowe kwalifikacje zawodowe pomorskich pielęgniarek” realizowanego przez firmę **Klinika ffx Grażyna Maria Nowak** poza godzinami pracy.

\_\_\_\_\_  
**Data**

\_\_\_\_\_  
**Podpis Uczestnika projektu**

• Właściwe zakreślić



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska  
Europejskie Fundusze  
Strukturalne i Inwestycyjne



### **Deklaracja osoby biernej zawodowo**

Ja, niżej podpisana/y ....., PESEL ....., jako uczestnik projektu „Nowe kwalifikacje zawodowe pomorskich pielęgniarek” nr RPPM.05.05.00-22-0042/16 deklaruję, iż planuję powrót/wejście\* na rynek pracy.

.....

Data, podpis

\*niepotrzebne skreślić

*Projekt współfinansowany  
ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

## O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisany/a .....

zam. w .....

oświadczam , że jestem uczestnikiem projektu „Nowe kwalifikacje zawodowe pomorskich pielęgniarek” nr RPPM.05.05.00-22-0042/16 realizowanego przez firmę Klinika ffx Grażyna Maria Nowak, w ramach Kursu: **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa, Leczenie ran, Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego, Ochrona zdrowia pracujących** \* i wnioskuję o przyznanie mi zwrotu kosztu opieki nad **osobą zależną** :

1 .....  
(Imię nazwisko osoby zależnej ) (stopień pokrewieństwa) (data urodzenia)

na czas mojego uczestnictwa w szkoleniu w ramach w/w Projektu , z uwagi na fakt , iż osoba ta ze względu na :

- **stan zdrowia\*/ wiek\*/** ..... , wymaga stałej opieki .  
(inne przyczyny)

Jednocześnie **oświadczam** , że z wyżej wymienionym łączą mnie :

**więzy rodzinne\***,

**powinowactwo\***,

**pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym\***,

jak również , że zachodzi niezbędność ponoszenia kosztów związanych z wynajęciem osoby do sprawowania opieki nad wyżej wymienionym na czas mojego uczestnictwa w zajęciach.

**Średni dochód na jednego członka mojej rodziny z okresu ostatnich 12 miesięcy wynosi** ..... PLN miesięcznie na osobę .

**Słownie** .....

W przypadku przyznania mi dofinansowania, proszę o dokonanie przelewu na konto:

Właściciel konta .....

Adres właściciela konta .....

Nazwa Banku .....

Nr konta .....

Mój telefon kontaktowy : ..... e mail: .....  
(proszę wpisać czytelnie)

..... ,dnia.....

.....  
Podpis

\* **NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ !!!**

.....  
*Pieczętka zakładu pracy*

### **Zaświadczenie o zatrudnieniu**

Zaświadcza się, że

Pan/Pani ..... zamieszkały/a .....  
(imię i nazwisko)

.....  
Jest zatrudniony/a w .....  
( nazwa zakładu pracy)

.....  
(adres)  
na podstawie umowy : o pracę na czas określony / na czas nieokreślony /cywilnej (zlecenie, dzieło, ) \*

od dnia ..... roku, do ..... /nadal \*

na stanowisku .....  
(ilość lat)

Zaświadczenie wydaje się na prośbę pracownika.

.....  
*Podpis, pieczętka osoby  
wydającej zaświadczenie*

Miejscowość : ..... dnia ..... roku.

\*niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Nowe kwalifikacje zawodowe pomorskich pielęgniarek” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż w odniesieniu do zbiorów: Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 – dane uczestników indywidualnych:

1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Pomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej (IZ) dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020), mający siedzibę przy ul. Okopowej 21/27 w Gdańsku (80-810);
2. podstawą 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 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WP 2014-2020 na podstawie:
  - a) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz.Urz. UE L 347 z 20.12.2013 r.);
  - b) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1301/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i przepisów szczególnych dotyczących celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia” oraz w sprawie uchylenia rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 (Dz.Urz. UE L 347 z 20.12.2013 r.);
  - c) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz.Urz. UE L 347 z 20.12.2013 r.);
  - d) Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz.U. z 2016 r. poz. 217);
  - e) Umowa Partnerstwa - dokument, zatwierdzony przez Komisję Europejską w dniu 23 maja 2014 r., wyznaczający kierunki interwencji funduszy europejskich w Polsce w latach 2014-2020 w ramach trzech polityk unijnych: Polityki Spójności, Wspólnej Polityki Rolnej i Wspólnej Polityki Rybołówstwa;
  - f) Kontrakt Terytorialny dla Województwa Pomorskiego – umowa zawarta pomiędzy Rządem Polskim a Samorządem Województwa Pomorskiego w dniu 19 grudnia 2014 r., będąca wynikiem dwustronnych negocjacji. Stanowi zobowiązanie strony rządowej i samorządowej do realizacji celów i przedsięwzięć priorytetowych, które mają istotne znaczenie zarówno dla rozwoju kraju, jaki i województwa, w perspektywie 2020 r., oraz określa sposób ich finansowania, koordynacji i realizacji;
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Nowe kwalifikacje zawodowe pomorskich pielęgniarek”, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WP 2014-2020, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) oraz zapewnienia obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z RPO WP 2014-2020, współfinansowanego z EFS;
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej - Zarząd Województwa Pomorskiego mający siedzibę przy ul. Okopowej 21/27 w Gdańsku (80-810), beneficjentowi realizującemu Projekt – Klinika ffx Grażyna Maria Nowak ul. Jurija Gagarina 30/7, 00-754 Warszawa oraz podmiotom, które świadczą usługi na jego rzecz, w związku z realizacją Projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie IZ lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WP 2014-2020;
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<sup>1</sup>;
7. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

(miejscowość i data)

(czytelny podpis uczestnika projektu)

<sup>1</sup> Wykreślić, jeśli nie dotyczy.