

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, Priorytet 7. Zdrowi i aktywni zawodowo, Działanie 7.1 Wsparcie zdrowotne świętokrzyskich pracowników

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie
„Zdrowie i Komfort pracy w Konsorcjum: Inwestycja w Przyszłość”
 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
 Priorytet FESW.07 Zdrowi i aktywni zawodowo. Działanie FESW.07.01 Wsparcie zdrowotne
 świętokrzyskich pracowników, w ramach programu regionalnego
 Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027

Dane osobowe			
Imię			
Nazwisko			
Płeć			
Numer PESEL			
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE		
Dane kontaktowe			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Numer telefonu		Adres e-mail	
Wykształcenie			
<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5–8)			
Status Kandydata/-tki w chwili przystąpienia do projektu			
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, Priorytet 7. Zdrowi i aktywni zawodowo, Działanie 7.1 Wsparcie zdrowotne świętokrzyskich pracowników

<p>Osoba z niepełnosprawnościami (w przypadku odpowiedzi „TAK” należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności/o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</p>	
<p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie (do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> pracująca w dużym przedsiębiorstwie (250 i więcej pracowników) <input type="checkbox"/> pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kadra pedagogiczna, <input type="checkbox"/> kadra niepedagogiczna, <input type="checkbox"/> personel zarządzający szkoły lub placówki oświaty <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> inne: 	
<p>Kryteria obligatoryjne udziału w projekcie (zaznaczyć jeśli dotyczy): Oświadczam, że należę do grupy docelowej spełniając następujące warunki dostępu:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Status pracownika Konsorcjum Naukowo – Edukacyjnego S.A; <input type="checkbox"/> Miejsce zamieszkania na terenie województwa świętokrzyskiego. 	
<p>Kryteria dodatkowe udziału w projekcie (zaznaczyć jeśli dotyczy):</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jestem osobą z niepełnosprawnością - w przypadku zaznaczenia tego pola należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności/o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia <input type="checkbox"/> Jestem osobą, w wieku 50+ <input type="checkbox"/> Jestem osobą, w wieku 40+ 	
<p>Oświadczenia:</p>	
<p>Oświadczam, że:</p> <p>a) Zostałem/-am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą;</p>	

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, Priorytet 7. Zdrowi i aktywni zawodowo, Działanie 7.1 Wsparcie zdrowotne świętokrzyskich pracowników

- b) Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną;
- c) Zostałem/-am poinformowany/na, że projekt będzie realizowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
- d) Nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu wsparcia zdrowotnego pracowników dofinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
- e) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych, zawartych w niniejszym Formularzu, do celów rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. z 2019 r, poz. 1781 oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE. L. z 2016r. Nr 119));
- f) Zapoznałem/-am się z informacjami wynikającymi z art. 13 i 14 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) i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją, realizacją i promocją projektu;
- g) Zapoznałem/-am się z zasadami udziału w projekcie „Zdrowie i Komfort pracy w Konsorcjum: Inwestycja w Przyszłość” zawartymi w Regulaminie Projektu oraz w pełni akceptuję jego zapisy;
- h) Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie „Zdrowie i Komfort pracy w Konsorcjum: Inwestycja w Przyszłość”, Realizator Projektu, będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnej.

Deklaruję uczestnictwo w następujących formach wsparcia:

- Badania diagnostyczne dla wszystkich pracowników m.in. rozszerzona morfologia krwi; dla wszystkich kobiet: mammografia, cytologia; dla kobiet 40+: USG piersi, dla mężczyzn: PSA.
- Indywidualne konsultacje z fizjoterapeutą.
- Pakiety rehabilitacyjne.
- Zapewnienie dostępu do form aktywności fizycznej poza miejscem pracy.
- Zwiększenie ergonomii stanowisk pracy zakup ergonomicznych foteli.
- Konsultacje z pracownikiem służby zdrowia.
- Szkolenie z zakresu profilaktyki chorób cywilizacyjnych.
- Warsztaty z dietetyki i aktywności fizycznej.
- Zorganizowanie punktu medycznego dla pracowników.
- Warsztaty z radzenie sobie ze stresem i zarządzaniem stresem.
- Szkolenie work-life balance.
- Sesje mindfulness i medytacji.
- Grupowe i indywidualne sesje psychoterapeutyczne.
- Warsztaty z zakresu przeciwdziałania niedyskryminacji w miejscu pracy.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, Priorytet 7. Zdrowi i aktywni zawodowo, Działanie 7.1 Wsparcie zdrowotne świętokrzyskich pracowników

- Coaching indywidualny.
- Warsztaty przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Zgłaszam specjalne potrzeby w zakresie udziału w Projekcie (wypełnić jeśli dotyczy):

.....
.....

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 i art. 14 ogólnego rozporządzenia 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 „RODO” (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informujemy, że:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Konsorcjum Naukowo – Edukacyjne S.A., ul. Duża 21, 25-304 Kielce, e-mail: odo@konsorcjum.edu.pl, tel.: 790 474 780

2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - adres e-mail: odo@konsorcjum.edu.pl

3) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego do projektu „Zdrowie i Komfort pracy w Konsorcjum: Inwestycja w Przyszłość”. Podanie przez Państwa danych osobowych jest niezbędne, aby uczestniczyć w postępowaniu rekrutacyjnym. Odbiorcami danych osobowych są: upoważnieni pracownicy Administratora; podmioty, którym należy udostępnić dane osobowe w celu wykonania obowiązku prawnego, a także podmioty, którym dane zostaną powierzone do zrealizowania celów przetwarzania.

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

5) Posiada Pani/Pan prawo do:

- dostępu do danych oraz prawo ich sprostowania;
- usunięcia danych, ale wniesienie żądania usunięcia danych jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w procesie rekrutacji;
- ograniczenia przetwarzania danych w przypadkach określonych w art. 18 RODO;

6) W trakcie przetwarzania danych na potrzeby procesu rekrutacji nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych w procesie rekrutacji narusza przepisy RODO.

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....
CZYTELNY PODPIS