Załącznik nr 1 Formularz zgłoszeniowy do Regulaminu rekrutacji
 i udziału w projekcie pn. *„Przepis na Zdrowie”*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wypełnia Biuro ds. Rekrutacji | Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu) |  | Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**Pn. „Przepis na Zdrowie”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA****(PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)** | **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **PESEL** |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  | **E-MAIL (jeśli posiadasz)** |  |
| **POWIAT** |  | **GMINA** |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  | **KOD POCZTOWY** |  |
| **ULICA/NR BUDYNKU/NR LOKALU** |  |

***II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE (kryteria włączenia)***

**Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria.**

*Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie* ***MUSI*** *PANI/PAN SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERA WŁĄCZENIA:*

* Mieszkam na terenie miasta Łodzi
* Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej (zgodnie z definicją Regulaminu rekrutacji §2 ,,Osoba w wieku aktywności zawodowej”)
* Nie korzystałem/ nie korzystałam z rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w okresie ostatnich 12 miesięcy
* Nie korzystałem/ nie korzystałam z rehabilitacji psychiatrycznej finansowanej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w okresie ostatnich 12 miesięcy
* Nie posiadam orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy

***CZĘŚĆ II* – *KRYTERIA PREMIUJĄCE***

**Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria:**

* Jestem osobą niepełnosprawną (dla potwierdzenia należy dołączyć kopię orzeczenia)
* Jestem osobą powyżej 50 roku życia
* Jestem kobietą

 **Statut na rynku pracy. Proszę o określenie statusu na rynku pracy\*:**

* Jestem osobą pracującą
* Jestem osobą bezrobotną
* Jestem osobą bierną zawodowo i deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia

**Proszę o określenie preferowanej lokalizacji i godziny warsztatów stawiając znak X**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzielnica | Lokalizacja | Godziny przedpołudniowe(od 08:00-12:00) | Godziny południowe(od 12:00-16:00) | Godziny popołudniowe (od 16:00 - 18:00) |
| Bałuty  | Centrum Aktywnego i Zdrowego Seniora ul. Libelta 16 |  |  |  |
| Bałuty | Przychodnia Zdrowia ul. Wielkopolska 55 |  |  |  |
| Polesie | Przychodnia Rejonowaul. Wileńska 25 |  |  |  |
| Górna | Miejsca PrzychodniaUl. Lecznicza 6 |  |  |  |
| Górna  | Centrum Zdrowego i Aktywnego Senioraul. Cieszkowskiego 6 |  |  |  |
| Widzew | Centrum Zdrowego i Aktywnego Senioraul. Szpitalna 6 |  |  |  |
| Centrum  | HRP ul. Tymienieckiego 19a | Nie dotyczy  | Nie dotyczy |  |

***CZĘŚĆ III- OŚWIADCZENIA***

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie *,,Przepis na Zdrowie”* i deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie ,,Przepis na Zdrowie’’ wraz z załącznikami, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w *Regulaminie,* uprawniające mnie do udziału
w ww. projekcie.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji projektu zg. 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).
5. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego o na lata 2014-2020” jest Zarząd Województwa Łódzkiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
6. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju, z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa.
7. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi:
8. art. 6 ust. 1 lit. c) lub/i art. 9 ust. 2 lit. b) i g) 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.U.UE.L.2016.119.1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
9. 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,
10. 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,
11. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017r. poz.1460 z późn. zm.),
12. Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. ustanawiające 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.
13. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „*Przepis na Zdrowie*”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (RPO WŁ).
14. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź, Beneficjentowi realizującemu projekt – HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Tymienieckiego 19, 90-349 Łódź, w imieniu którego działa Prezes oraz Partnerom uczestniczącymi w realizacji projektu – Miastu Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104, 90-926 Łódź, w imieniu którego działa Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych w Departamencie Polityki Społecznej i Zieleni UMŁ.
15. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.
16. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM.
17. Dane osobowe będą przechowywane do dwóch lat od końca roku, w którym Beneficjent Projektu przesłał do Komisji Europejskiej ostateczne zestawienie wydatków zrealizowanych w projekcie „Przepis na Zdrowie”, chyba, że potrzeba realizacji dodatkowych zadań i czynności w ramach projektu uzasadnić będzie inny lub dodatkowy okres przetwarzania danych.
18. Mam świadomość prawa do:
19. żądania od współadministratorów dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
20. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
21. przenoszenia danych;
22. wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego;
23. Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Przepis na Zdrowie”. W przypadku ich niepodania, osoba nie będzie mogła być objęta projektem „Przepis na Zdrowie”.
24. Zostałem poinformowany/na o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
25. Przedstawione przeze mnie w niniejszym *formularzu zgłoszeniowym* dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

…………………………………………………

 ……………………………………………………………………………

miejscowość, data

 czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

Pouczenie

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego