

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

„Praca, komunikacja, codzienność bez barier. Szkolenia doskonalące dla kadry i otoczenia osób z niepełnosprawnościami. II edycja” (ZZO/000375/06/D z dnia 25.05.2021 r.)

<b>Imię</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>Numer PESEL (11 cyfr)</b>	
<b>Jestem zatrudniony/zatrudniona w jednej z instytucji/podmiocie prywatnym realizującym zadania związane z rehabilitacją zawodową/społeczną osób z niepełnosprawnościami</b>	<input type="checkbox"/> instytucja rynku pracy (wojewódzki/powiatowy/grodzki urząd pracy, OHP, Agencja Zatrudnienia, instytucja szkoleniowa, instytucja dialogu społecznego i in.) <input type="checkbox"/> instytucja opiekuńcza i wspomagająca (ŚDS, DPS, WTZ, MOPS, GOPS i in.) <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa statutowo realizująca działania na rzecz osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo zatrudniające osoby niepełnosprawne <input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo planujące zatrudnienie osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> inne , jakie .....
<b>Nazwa i adres miejsca zatrudnienia</b>	
<b>Zajmowane stanowisko</b>	<input type="checkbox"/> doradca zawodowy <input type="checkbox"/> pośrednik pracy <input type="checkbox"/> pracownik działu HR: ..... <input type="checkbox"/> manager/ kierownik/ koordynator zespołu pracowników <input type="checkbox"/> wolontariusz <input type="checkbox"/> inne jakie .....

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIU\***

<b>Doradztwo zawodowe i pośrednictwo pracy dla osób niepełnosprawnych</b>	<input type="checkbox"/> Warszawa Inne miasto w województwie mazowieckim: .....	<input type="checkbox"/> Kraków Inne miasto w województwie małopolskim: .....	<input type="checkbox"/> Katowice Inne miasto w województwie śląskim: .....	<input type="checkbox"/> Rzeszów Inne miasto w województwie podkarpackim: .....
<b>Proces rekrutacji i selekcji pracowników niepełnosprawnych</b>	<input type="checkbox"/> Warszawa Inne miasto w województwie mazowieckim: .....	<input type="checkbox"/> Kraków Inne miasto w województwie małopolskim: .....	<input type="checkbox"/> Katowice Inne miasto w województwie śląskim: .....	<input type="checkbox"/> Rzeszów Inne miasto w województwie podkarpackim: .....

		.....	.....	.....
<b>Zarządzanie zespołem z pracownikami z niepełnosprawnością</b>	<input type="checkbox"/> Warszawa Inne miasto w województwie mazowieckim: .....	<input type="checkbox"/> Kraków Inne miasto w województwie małopolskim: .....	<input type="checkbox"/> Katowice Inne miasto w województwie śląskim: .....	<input type="checkbox"/> Rzeszów Inne miasto w województwie podkarpackim: .....
<b>Efektywna komunikacja z osobami niepełnosprawnymi</b>	<input type="checkbox"/> Warszawa Inne miasto w województwie mazowieckim: .....	<input type="checkbox"/> Kraków Inne miasto w województwie małopolskim: .....	<input type="checkbox"/> Katowice Inne miasto w województwie śląskim: .....	<input type="checkbox"/> Rzeszów Inne miasto w województwie podkarpackim: .....
<b>Identyfikacja i pierwsze wsparcie osób z niepełnosprawnościami doświadczających przemocy domowej</b>	<input type="checkbox"/> Warszawa Inne miasto w województwie mazowieckim: .....	<input type="checkbox"/> Kraków Inne miasto w województwie małopolskim: .....	<input type="checkbox"/> Katowice Inne miasto w województwie śląskim: .....	<input type="checkbox"/> Rzeszów Inne miasto w województwie podkarpackim: .....
<b>DANE TELEADRESOWE</b>				
<b>Kod pocztowy</b>				
<b>Miejscowość zamieszkania</b>				
<b>Ulica</b>				
<b>Numer domu/numer lokalu</b>				
<b>Powiat</b>				
<b>Gmina</b>				
<b>Województwo</b>				
<b>Numer telefonu kontaktowego</b>				
<b>Adres poczty e-mail</b>				

\*Prosimy o podanie deklaracji udziału w szkoleniu w danym województwie i określeniu preferowanego miasta.

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE**  
**na potrzeby rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**  
**„Praca, komunikacja, codzienność bez barier. Szkolenia doskonalące dla kadry i otoczenia osób**  
**z niepełnosprawnościami. II edycja” (ZZO/000375/06/D z dnia 25.05.2021 r.)**

informujemy, że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Sustinae z siedzibą przy ul. Szlak 65, 31-153 Kraków, wpisana do rejestru KRS pod nr 0000426103, NIP: 6762457416, REGON: 122610942;
  - Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie dla celów związanych z procesem rekrutacji i/lub udziałem Pani/Pana w wyżej wymienionym projekcie i w związku z tym będą przekazywane Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, podwykonawcom Administratora, przy pomocy których realizowany jest projekt;
  - Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w ww. projekcie;
  - Pani/Pana dane osobowe nie mogą być przekazane do państwa trzeciego;
  - Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji;
  - Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych osobowych, jednakże nie wcześniej niż po upływie 31.12.2026 roku. Po zakończeniu projektu dane będą przechowywane wyłącznie w celach archiwizacyjnych i sprawozdawczych/kontrolnych. Realizacja ww. uprawnień następuje poprzez przesłanie oświadczenia w formie pisemnej na adres Administratora;
  - Przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).
1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane osobowe są zgodne z prawdą.
  2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych w zakresie: imię i nazwisko, nr PESEL, miejsce i adres zatrudnienia, zajmowane stanowisko, miejsce zamieszkania, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail; dla celów związanych z udzieleniem wsparcia prowadzonego przez Fundację Sustinae ramach projektu „Praca, komunikacja, codzienność bez barier. Szkolenia doskonalące dla kadry i otoczenia osób niepełnosprawnych. II edycja” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w tym na przekazanie moich danych w niezbędnym zakresie podwykonawcom administratora realizującym usługi w ramach projektu (podmioty/osoby wykonujące usługi szkoleniowe).

Miejscowość, data

Podpis uczestnika

.....

.....