

SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU
FUNDUSZ INICJATYW OBYWATELSKICH NOWEFIO NA LATA 2021-2030

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

TYTUŁ PROJEKTU	MOC DOBROSTANU
REALIZATOR PROJEKTU	FUNDACJA HOLISTYCZNE CENTRUM WSPARCIA
PROGRAM	FUNDUSZ INICJATYW OBYWATELSKICH NOWEFIO NA LATA 2021-2030, EDYCJA 2025

UWAGA: Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE BIAŁE POLA oraz ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIO przez postawienie znaku X

DANE OSOBOWE	
Imię/Imiona	
Nazwisko	
Data urodzenia	

MIEJSCE ZAMIESZKANIA			
Ulica		Nr domu	
		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Województwo		Tel. kontaktowy	
		Adres e-mail	
Obywatelstwo			

SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU
FUNDUSZ INICJATYW OBYWATELSKICH NOWEFIO NA LATA 2021-2030

Adres korespondencyjny (*prosimy uzupełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania*)

DODATKOWE INFORMACJE

Oświadczam, że jestem matką, tzn. jestem rodzicem lub opiekunem prawnym co najmniej 1 dziecka

TAK

NIE

Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością¹

TAK

NIE

Ankieta potrzeb/usprawnień dla osób z niepełnosprawnością (*wypełniają tylko osoby z niepełnosprawnościami; w przypadku gdy nie ma potrzeb/usprawnień, prosimy wpisać „brak”*)

Proszę określić potrzeby/specjalne wymagania związane z udziałem w projekcie:

a) w zakresie materiałów szkoleniowo-promocyjnych?

.....

b) w zakresie budynków/pomieszczeń?

.....

c) inne, jakie?

.....

Preferencje żywieniowe/Informacje dotyczące diety – konieczność zapewnienia szczególnej diety (*szczegółowy opis*)

.....

¹ Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.



SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU
FUNDUSZ INICJATYW OBYWATELSKICH NOWEFIO NA LATA 2021-2030

**DEKLARACJA WYBORU SPECJALISTÓW W RAMACH INDYWIDUALNYCH
SPOTKAŃ PORADNICZYCH (PONIŻEJ PROSIMY WYBRAĆ MINIMUM 2
SPECJALISTÓW, MAKSYMALNIE 3)**

Psycholog - wsparcie w zakresie rozwiązywania bieżących problemów natury psychicznej, mentalnej, emocjonalnej	
Doradca zawodowy - wsparcie w zakresie rozwiązywania problemów związanych z wypaleniem zawodowym, reorganizacją życia zawodowego	
Doradca rodzinny - wsparcie w zakresie rozwiązywania trudności związanych z funkcjonowaniem rodziny	
Doradca/pracownik socjalny - wsparcie dla osób borykających się z problemami socjalnymi/materialnymi	
Prawnik - wsparcie w rozwiązaniu problemów natury prawnej	
Pośrednik pracy - w przypadku potrzeby znalezienia lub zmiany pracy	

Ja, niżej podpisana, oświadczam, że

- deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie „**MOC DOBROSTANU**” realizowanym przez FUNDACJĘ HOLISTYCZNE CENTRUM WSPARCIA (realizator projektu).
- zapoznałam się z regulaminem projektu „**MOC DOBROSTANU**” oraz akceptuję jego warunki,
- przyjmuję do wiadomości, że ww. projekt jest sfinansowany przez Narodowy Instytut Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego (NIW-CRSO) ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich NOWEFIO na lata 2021-2030, edycja 2025,
- zostałam poinformowana, że złożenie niniejszego formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
- w przypadku zakwalifikowania do projektu, deklaruję udział we wszystkich wskazanych w regulaminie formach wsparcia,
- w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym realizatora projektu,
- zostałam poinformowana o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez realizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie NIW-CRSO,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym przez realizatora projektu zgodnie z przepisami



SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU
FUNDUSZ INICJATYW OBYWATELSKICH NOWEFIO NA LATA 2021-2030

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),

- wyrażam zgodę na nieodpłatne, wielokrotne, bezterminowe utrwalanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku podczas realizacji projektu, bez konieczności każdorazowego zatwierdzania wymienionych czynności. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie, obróbkę i powielanie zdjęć oraz filmów powstałych w związku z realizacją działań w projekcie za pośrednictwem dowolnego medium (np. Internet, prasa, publikacje reklamowe) wyłącznie w celach promocyjnych projektu. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie tych zdjęć i filmów nie stanowi naruszenia moich dóbr osobistych.
- wyrażam zgodę na przekazywanie informacji związanych z realizacją projektu drogą telefoniczną i/lub e – mail,
- **uprzedzona o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, potwierdzam, iż wszystkie informacje zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym do projektu „MOC DOBROSTANU”, są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

.....
Data

.....
Czytelny podpis kandydatki

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani danych osobowych jest FUNDACJA HOLISTYCZNE CENTRUM WSPARCIA z siedzibą w Lublinie 20-148, ul. Związkowa 27, NIP: 7123414636; adres do korespondencji: ul. Długa 5, lok. 15, 20-346 Lublin.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani kontaktować się pod adresem e-mail: rodo@hcw.org.pl lub pisemnie na adres korespondencyjny Administratora wskazany w pkt 1.
3. Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani dane osobowe są przetwarzane w celu rekrutacji i udziału w projekcie MOC DOBROSTANU realizowanym przez FUNDACJĘ HOLISTYCZNE CENTRUM

SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU
FUNDUSZ INICJATYW OBYWATELSKICH NOWEFIO NA LATA 2021-2030

WSPARCIA, i są przetwarzane wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia. Dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od dnia zakończenia realizacji projektu.
6. Odbiorcami Pani danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora oraz podmioty prowadzące badania ewaluacyjne. Pani dane osobowe mogą zostać przekazane do NIW-CRSO – w przypadku wystąpienia żądania o takie dane.
7. Podanie przez Panią danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
8. Przysługuje Pani prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, zgodnie z obowiązującym prawem.
9. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
 - a. 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 danych;
 - b. wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Potwierdzam odbiór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
Data

.....
Czytelny podpis kandydatki