

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

Beneficjent: Tag-Consulting Marta Maciejak-Tomczyk, ul. Łukowa 18a/5, 93-410 Łódź
numer NIP: 834 158 78 90.

Projekt: „Zdobądź kwalifikacje z języka niemieckiego”;

numer projektu: nr RPDS.10.03.00-02-0111/16

(wypełnia uczestnik projektu w dniu przystąpienia do udziału w projekcie)

	Lp.	Nazwa	
Dane uczestnika	1	Imię (imiona):	
	2	Nazwisko:	
	3	Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	4	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu):	
	5	PESEL:	
	6	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (szkoła podstawowa) (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (gimnazjum) (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa) (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (szkoły policealne) (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Studia krótkiego cyklu (Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych (podlega MPiPS) (ISCED 5) <input type="checkbox"/> Studia licencjackie lub odpowiednik [(studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat)) (ISCED 6) <input type="checkbox"/> Studnia podyplomowe, studnia magisterskie lub odpowiednik (studnia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie (tytuł zawodowy: magister) (ISCED 7) <input type="checkbox"/> Doktoranckie (studia doktoranckie) (ISCED 8)
	7	Opieka nad dziećmi do 7 lat lub opieka nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dane kontaktowe	8	Ulica:	
	9	Nr budynku:	
	10	Nr lokalu:	
	11	Miejscowość:	
	12	Obszar:	<input type="checkbox"/> miejski (<i>obszar położony w granicach administracyjnych miast</i>) <input type="checkbox"/> wiejski (przez osoby pochodzące z obszarów wiejskich należy rozumieć osoby przebywające na obszarach słabo zaludnionych zgodnie ze stopniem urbanizacji (DEGURBA kategoria 3). Obszary słabo zaludnione to obszary, na których więcej niż 50% populacji zamieszkuje tereny wiejskie).



	13	Kod pocztowy:			
	14	Województwo:			
	15	Powiat:			
	16	Gmina:			
	17	Telefon kontaktowy:			
	18	Adres e-mail:			
Dane dodatkowe	19	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<p><u>Jestem osobą:</u></p> <input type="checkbox"/> pracującą, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP (mikro-, małym-, średnim przedsiębiorstwie) <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadzącą działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> bierną zawodowo, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> uczącą się <input type="checkbox"/> nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotną* <input type="checkbox"/> bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna* <p>* Osoby długotrwale bezrobotne od 25 lat lub więcej to bezrobotni nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy</p>		
	20	Wykonywany zawód (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> inny.....		
	21	Zatrudniony w: (jeśli dotyczy)		
	22	Status uczestnika	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	X
		Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI



		Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym:	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
		z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
		Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
		Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej; Kategoria odnosi się do wszystkich grup uczestników w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze uwzględniać wskazane poniżej grupy: osoby z niskim wykształceniem, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich . Katalog cech włączających uczestnika do grupy znajdującej się w niekorzystnej sytuacji jest otwarty i przy zachowaniu powyższych wytycznych, w uzasadnionych przypadkach może zostać rozszerzony przez projektodawcę.	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

1	Rodzaj przyznanego wsparcia:	<i>Kurs języka niemieckiego poziom A1 Kurs języka niemieckiego poziom A2</i>
2	Data rozpoczęcia udziału w projekcie (Data rozpoczęcia udziału we wsparciu) (DD-MM-RRRR) – wypełnia Beneficjent	
3	Data zakończenia udziału w projekcie (Data rozpoczęcia udziału we wsparciu) (DD-MM-RRRR) – wypełnia Beneficjent	
4	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia – wypełnia Beneficjent	



Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych przez Administratora Danych, którym jest:

1. Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego - w odniesieniu do zbioru: „*Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014 – 2020*”.

2. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w przy pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa - w odniesieniu do zbioru: „*Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych*”.

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Zdobądź kwalifikacje z języka niemieckiego**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020.

Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją ww. celu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU