



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



## FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „BO TO PLUS MIEĆ 50+”

|   |  |  |                              |
|---|--|--|------------------------------|
| <b>Tytuł projektu</b> „Bo to plus mieć 50+”                     |  |  |                              |
| Nr projektu   |  | POKL.06.01.01-06-010/13  |                              |
| Priorytet, w ramach którego realizowany jest projekt:           |  | VI. Rynek pracy otwarty dla wszystkich   |                              |
| Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt            |  | 6.1. Poprawa dostępu do zatrudnienia oraz wspieranie aktywności zawodowej w regionie   |                              |
| Poddziałanie, w ramach którego realizowany jest projekt         |  | 6.1.1 Wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia na regionalnym rynku pracy  |                              |
| Biuro Projektu  |  | ul. 11 Listopada 2, pok. 105, 22-100 Chełm   |                              |
| Lokalne Biuro Obsługi Projektu                                  |  | ul. Świętoduska 10, 20-082 Lublin  |                              |
| Termin realizacji projektu                                      |  | od   | 01.11.2013 do 30.04.2015     |
| <b>DANE UCZESTNICZKI</b>  |  |  |                              |
| Imię (Imiona):  |  | Nazwisko:  |                              |
| PESEL:  |  | Miejsce urodzenia:   |                              |
| <b>WYKSZTAŁCENIE (proszę zaznaczyć X właściwy)</b>              |  |  |                              |
| <input type="checkbox"/> Brak                                   |  | <input type="checkbox"/> Gimnazjalne   |                              |
| <input type="checkbox"/> Podstawowe                             |  | <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne  |                              |
|   |  | <input type="checkbox"/> Pomaturalne   |                              |
|   |  | <input type="checkbox"/> Wyższe  |                              |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>                                       |  |  |                              |
| Ulica   |  | Nr domu/nr lokalu  |                              |
| Kod pocztowy/poczta   |  | Miejscowość  |                              |
| Województwo   |  | Powiat   |                              |
| Gmina   |  | Obszar   |                              |
|   |  | <input type="checkbox"/> Miejski (gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców) <input type="checkbox"/> Wiejski (gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców) |                              |
| Tel. stacjonarny  |  | Tel. komórkowy   |                              |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail)                            |  |  |                              |
| <b>OPIEKA NAD DZIEĆMI DO LAT 7 LUB OPIEKA NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ</b> |  | <input type="checkbox"/> Tak   | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU</b>                                    |  | <input type="checkbox"/> Tak   | <input type="checkbox"/> Nie |



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**NST**  
Spółka z o.o.

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



### STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Niniejszym oświadczam, iż w chwili przystąpienia do projektu jestem osobą (proszę zaznaczyć właściwe):

- Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy
- Jestem osobą nieaktywną zawodowo

Upředzona o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis

### WYBÓR SZKOLENIA (możliwość wzięcia udziału tylko w jednym szkoleniu)

|  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Opiekun osoby starszej i niepełnosprawnej – 100 godz. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kucharz małej gastronomii – 144 godz.                 | <input type="checkbox"/> |

### OŚWIADCZENIE UCZESTNICZKI / UCZESTNIKA

Świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy, oświadczam, że:

- spełniam wymogi uczestnictwa w projekcie „Bo to plus mieć 50+” tj: jestem osobą zamieszkaną na terenie jednego z powiatów objętych realizacją projektu, tj:

- zamieszkuje na terenie powiatu chełmskiego,
- zamieszkuje na terenie powiatu hrubieszowskiego,
- zamieszkuje na terenie powiatu lubartowskiego,
- zamieszkuje na terenie powiatu opolskiego,
- zamieszkuje na terenie powiatu włodawskiego,

- spełniam kryteria kwalifikacyjne zgodnie z art. 7 Ustawy z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. nr 4 poz. 593 z późn. zm.),

- zostałam poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:**

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał



Ludzki;

- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Bo to plus mieć 50+”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL);
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy w Lublinie, ul. Obywatelska 4, 20-092 Lublin, beneficjentowi realizującemu projekt - Stowarzyszeniu Lokalna Grupa Działania „Ziemi Chełmskiej” ul. 11 Listopada 2, pok. 105, 22-100 Chełm, partnerowi beneficjenta realizującego projekt – NST Sp. z o.o. ul. Lwowska 14, 22-100 Chełm oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej/ Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL lub Instytucji Wdrażającej/ Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach POKL,
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

**Uprzedzona o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.**

\_\_\_\_\_

Miejscowość i data

\_\_\_\_\_

Czytelny podpis

Data wpływu<sup>1</sup>: ..... Podpis osoby przyjmującej: .....

<sup>1</sup> Wypełnia Beneficjent