|  |
| --- |
| Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie (Oferent) |
| Nr formularza: /2024 | Data wpływu: | Podpis przyjmującego zgłoszenie: |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU****AKTYWNI SENIORZY RAZEM - program przygotowujący do starości,
nr oferty 8046**

**KRYTERIA FORMALNE**

|  |
| --- |
| **Dane personalne Kandydata(tki) na Uczestnika projektu** |
| **Imię/Imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Pesel** |  |
| **Osoba niepełnosprawna** |  tak nie odmowa podania  |

|  |
| --- |
| **Adres zamieszkania** |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  | **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  | **Kod pocztowy:** |  |
| **Gmina:** |  | **Poczta:** |  |
| **Województwo:** | **zachodniopomorskie** | **Powiat:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Telefon domowy/telefon komórkowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

|  |
| --- |
| **Przynależność do grupy docelowej** |
| Posiadam wiek powyżej 60 roku życia tak nie  |
| Posiadam adres zamieszkania na terenie Szczecina tak nie  |
| Posiadam stan zdrowia pozwalający na uczestnictwo w zajęciach projektowych  tak nie  |

1. **KRYTERIA MERYTORYCZNE**

|  |
| --- |
| 1. Opis motywacji do wzięcia udziału w zadaniach projektowych.
 |
|  |
| 1. Opis dyspozycyjności do udziału w zadaniach projektowych
 |
|  |
| 1. Opis doświadczenia w działaniach na rzecz społeczności senioralnej/doświadczenie udziału w projektach na rzecz społeczności lokalnej
 |
|  |

 **OŚWIADCZENIA**

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem(am) się z *Regulaminem rekrutacji* *do* *projektu* **„****AKTYWNI SENIORZY RAZEM - program przygotowujący do starości”.**

Przetwarzanie moich danych jest zgodne 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 (Dz. Urz. UE. L Nr 119 Z 4.5.2016).

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych
do celów monitoringu, kontroli w ramach realizowanego projektu **„AKTYWNI SENIORZY RAZEM - program przygotowujący do starości”** oraz przeprowadzanych na zlecenie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej ewaluacji zgodnie 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 (Dz. Urz. UE. L Nr 119 Z 4.5.2016) przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, 1669. ze zm.). Wyrażam zgodę, zgodnie z art.9 ust 2 lit. a RODO, na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia w przypadku gdy pozyskanie takich danych będzie konieczne dla celów projektu **„AKTYWNI SENIORZY RAZEM - program przygotowujący do starości”.**

Administratorem danych osobowych beneficjentów oraz osób zaangażowanych w realizację projektu **„AKTYWNI SENIORZY RAZEM - program przygotowujący do starości”** jest Chorągiew Zachodniopomorska ZHP w Szczecinie.

Zostałem(am) poinformowany(a) przez Chorągiew Zachodniopomorską ZHP w Szczecinie :

* o zakresie przetwarzania ich danych osobowych dla celów projektu **„AKTYWNI SENIORZY RAZEM - program przygotowujący do starości”.**
* o tym, iż dane zostaną udostępnione do celów monitoringu, kontroli w ramach realizowanego Projektu oraz przeprowadzanych na zlecenie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej ewaluacji;
* o informacjach wskazanych w art. 13 RODO a w szczególności w zakresie udostępniania ich danych Ministerstwu w celu przeprowadzania czynności monitoringowych, sprawozdawczych czy kontrolnych;
* o informacjach wskazanych w art. 14 RODO, w szczególności w zakresie przetwarzania ich danych przez Ministerstwo w celu przeprowadzania czynności monitoringowych, sprawozdawczych czy kontrolnych;
* o posiadaniu wyrażonej zgody beneficjentów, zgodnie z art.9 ust 2 lit. a RODO, na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia w przypadku gdy pozyskanie takich danych będzie konieczne dla celów projektu;
* o zawieraniu umów powierzenia przetwarzania danych – o ile ma to zastosowanie w danym projekcie.

…………..……………….……………………

 data i czytelny podpis Kandydata/ki