



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

<b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) wypełnia realizator projektu</b>	<b>Data zakończenia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) wypełnia realizator projektu</b>

	Lp.	<b>NAZWA PROJEKTU: „Powrót do aktywności”</b>		
		RPOP.08.02.00-16-0032/19 Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014-2020. Działanie 08. Integracja społeczna 08.02 Wyłączenie społeczne		
<b>Dane uczestnika</b>	1	Imię (imiona)		
	2	Nazwisko		
	3	Płeć (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)	Kobieta	<input type="checkbox"/>
			Mężczyzna	<input type="checkbox"/>
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu		
	5	PESEL		
	6	Status na rynku pracy		
7	Wykształcenie (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)	<b>Podstawowe (ISCED 1)</b> Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej	<input type="checkbox"/>	
		<b>Gimnazjalne (ISCED 2)</b> Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej	<input type="checkbox"/>	
		<b>Ponadgimnazjalne (ISCED 3)</b> Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)	<input type="checkbox"/>	
		<b>Policealne (ISCED 4)</b> Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym	<input type="checkbox"/>	
		<b>Wyższe (ISCED 5-8)</b> Kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich	<input type="checkbox"/>	
<b>Dane kontaktowe</b>	8	Ulica		
	9	Nr domu		
	10	Nr lokalu		



(adres zamieszkania)	11	Miejscowość	
	12	Kod pocztowy	
	13	Województwo	
	14	Powiat	
	15	Obszar proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi	01 - Duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 i dużej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/>
			02 - Małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/>
			03 - Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/>
16	Telefon		
17	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
<b>Dane dotyczące stopnia niepełnosprawności</b>	18	Stan posiadania aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<b>Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (dane wrażliwe)</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Status uczestnika/-czki projektu w chwili przystąpienia do projektu</b> proszę zakreślić właściwe poprzez zaznaczenie znaku <b>TAK</b> lub <b>NIE</b> przy wybranej odpowiedzi	19	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (dane wrażliwe), -odmowa podania danych dyskwalifikuje z udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA
		Osoba znajdująca się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej np. jest zagrożony/a <b>wykluczeniem społecznym, zagrożona ubóstwem itp.</b> (dane wrażliwe), -odmowa podania danych dyskwalifikuje z udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA
Data i podpis potwierdzające powyższe dane	20	<p style="text-align: center;">..... Data</p> <p style="text-align: center;">..... podpis</p>	

**Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie:**

<b>Status na rynku pracy</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>1. Osoba bezrobotna</b> <b>W tym:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A. Osoba bierna zawodowo</b> (nie zarejestrowana w Urzędzie pracy, i nie poszukująca pracy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. Osoba bierna zawodowo</b> (nie zarejestrowana w Urzędzie pracy, poszukująca pracy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie pracy</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Osoba pracująca</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Oświadczam**, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....  
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

**Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. Deklaruję chęć udziału w Projekcie pt. **„Powrót do aktywności”**
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „Powrót do aktywności” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa opolskiego 2014-2020.
3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
4. Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania
6. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia w projekcie tj. poradnictwie zawodowym, szkoleniach zawodowych oraz pośrednictwie pracy.
7. W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
8. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.
9. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
10. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
11. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora Projektu tj; INSTYTUT ROZWOJU I INNOWACJI EURO-KONSULT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ na potrzeby rekrutacji.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU  
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZBIORACH:**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

**1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020,**

**2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.**

**2.1 W związku z przystąpieniem do projektu pt. „Powrót do aktywności” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**

**1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:**

- a. Województwo Opolskie z siedzibą przy ul. Piastowskiej 14, 45-082 Opole dla zbioru nr 1.
- b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.

**2. Przetwarzanie moich 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:**

- a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
- b. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie EFS i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
- c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r., poz. 1460 z późn. zm.),
- d. Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

**3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:**

- a. Udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
- b. Realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.

**4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:**

- a. Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Opolskie z siedzibą przy ul. Piastowskiej 14, 45-082 Opole
- b. Beneficjentowi realizującemu projekt - Instytut Rozwoju i Innowacji EURO – KONSULT Sp. z o. o.
- c. podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - .....  
(nazwa i adres ww. podmiotów)<sup>1</sup>.

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

**5. Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w**

<sup>1</sup> Podpunkt c należy wykazać, w przypadku, gdy beneficjent powierzył przetwarzanie danych osobowych podwykonawcy.



perspektywie finansowej 2014–2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

6. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
7. W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
8. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.<sup>2</sup>
9. Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: ul. Piastowska 14, 45-082 Opole
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych.
14. Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.
15. Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.
16. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
17. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

## 2.2 Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych:

1. W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnego danych w zakresie określonym w załączniku nr 13 do *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
2. Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie:
  - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
  - b. Osoba z niepełnosprawnościami
  - c. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
3. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza nie kwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

<sup>2</sup> Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko): .....

PESEL .....

deklaruję chęć uczestnictwa we wszystkich zaproponowanych mi formach wsparcia w ramach projektu: **„Powrót do aktywności”** realizowanego przez „INSTYTUT ROZWOJU I INNOWACJI EURO-KONSULT Sp. z o. o.”, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej 08. Integracja społeczna, 08.02 Wyłączenie społeczne.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Uczestnictwa w projekcie **„Powrót do aktywności”** i akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Zamieszkuję na terenie województwa opolskiego.
3. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt **„Powrót do aktywności”** jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014 - 2020.
4. Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Instytut Rozwoju i Innowacji EURO – KONSULT Sp. z o. o., w celach rekrutacji do projektu i realizacji zaplanowanych działań.

*Upředzona/ny o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.*

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/-a .....

PESEL: .....

w związku z przystąpieniem do projektu:

**„Powrót do aktywności”** RPOP.08.02.00-16-0032/19

oświadczam, że zobowiązuje się po zakończeniu mojego uczestnictwa w projekcie:

- w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w projekcie, przekazać realizatorowi projektu, informacje i dane (w tym kopie dokumentów) dotyczące mojej sytuacji na rynku pracy po zakończeniu udziału w projekcie, tj. dotyczące:

a) podjęcia zatrudnienia bądź samozatrudnienia:

- kopii umowy o pracę na min. 3m-ce i min. ½ etatu, lub
- kopii umowy cywilnoprawnej – okres obowiązywania umowy to minimum 3 m-ce a wartość to trzykrotność minimalnego wynagrodzenia za pracę, lub
- dokumentu potwierdzającego fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres minimum trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie (np. dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ np. ZUS, Urząd Skarbowy, urząd miasta lub gminy)

b) uzyskania kwalifikacji po opuszczeniu programu,

c) statusu na rynku pracy (pracujący, bezrobotny, bierny zawodowo),

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*





**O Ś W I A D C Z E N I E**  
**osoby pobierającej stypendium szkoleniowe**  
w ramach projektu  
**„Powrót do aktywności” RPOP.08.02.00-16-0032/19**

Nazwisko ..... Imiona:.....  
 Imię ojca: ..... Imię matki: .....  
 Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: .....  
 PESEL: ..... Obywatelstwo .....  
 Seria i numer dowodu osobistego: ..... wydanego przez .....dnia .....

**Miejsce zameldowania**

Gmina / Dzielnica ..... Powiat: ..... Województwo: .....  
 Kod: ..... Poczta: ..... Miejscowość:.....  
 Ul. .... Nr domu ..... Nr mieszkania .....  
 Adres do korespondencji: .....  
 Adres e-mail:.....  
 Telefon:.....  
 Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....  
 Urząd Skarbowy: .....  
 Nr **mojego** rachunku bankowego |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM**

NALEŻY W KAŻDEJ RUBRYCE WPISAĆ **TAK** LUB **NIE** (W przypadku wpisania **TAK** należy uzupełnić kolumnę po prawej)

Jestem zarejestrowany w Powiatowym/Miejskim Urzędzie Pracy		Nazwa Urzędu Pracy:.....
Pobieram zasiłek dla bezrobotnych		Zasiłek od dnia: ..... do dnia: .....
Jestem	Emerytem	Nr decyzji: .....  <b>Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę (z uwzględnieniem dat)</b>
	rencistą pobierającym rentę rodzinną	
	rencistą pobierającym rentę socjalną	
	rencistą pobierającym rentę zdrowotną	
Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności		Stopień niepełnosprawności: ..... lekki/umiarkowany/znaczný (wpisać właściwe)  <b>Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)</b>
Pobieram z tego tytułu świadczenia rentowe ( <b>uzupełniają osoby niepełnosprawne</b> )		Świadczenia rentowe od dnia: ..... do dnia: .....



Jestem zatrudniony w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/cywilnoprawną/inną umowę	Rodzaj umowy: .....
	Okres obowiązywania umowy: .....
	Nazwa zakładu pracy: .....
	NIP zakładu pracy: .....
	<b>Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy</b>
W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub Bezpłatnym	W okresie: od ..... do .....
Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/studentem i nie ukończyłem 26 lat, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studium w formie studiów niestacjonarnych	Jako potwierdzenie dołączam kopie legitymacji uczniowskiej/studenckiej. Jednocześnie zobowiązuje się dostarczyć co 6 miesięcy kopie aktualnej legitymacji uczniowskiej/studenckiej.
Jestem zgłoszona do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)	
Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej	
Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt " <b>Powrót do aktywności</b> " będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu	

Uczestnicy Projektu, którzy chcą zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego swojego członka rodziny proszone są o uzupełnienie poniższych danych!

**Dane do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:**

Nazwisko.....Imiona.....PESEL.....

..... Data urodzenia ..... Stopień pokrewieństwa osoby zgłaszanej do ubezpieczenia.....

Czy członek rodziny zamieszkuje wraz z Panem/Panią- Uczestnikiem Projektu w jednym gospodarstwie domowym? :  TAK  NIE\*

\*prawidłowe zaznaczyć.

- 1 Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań (podanie nieprawdziwych informacji).
- 2 **O wszystkich zmianach** dotyczących informacji objętych niniejszym kwestionariuszem osobowym, w szczególności o zmianie okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, **zobowiązuję się pisemnie powiadomić** Organizatora projektu, **w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.**
- 3 **Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.**
- 4 Oświadczam, że znana jest mi treść **Regulaminu projektu „Powrót do aktywności”** RPOP.08.02.00-16-0032/19

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Uczestniczki/ka Projektu

1. Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i nie pobierają zasiłku dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia w ramach Projektu, muszą poinformować Urząd Pracy o tym fakcie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie zostaną zgłoszone do ubezpieczenia od pierwszego dnia szkolenia i odprowadzane będą od nich składki.

2. **Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i pobierają zasiłek dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia w ramach Projektu, muszą poinformować Urząd Pracy o tym fakcie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego podlegają tylko z tytułu pobierania zasiłku dla bezrobotnych.**