



FORMULARZ REKRUTACYJNY

TYTUŁ PROJEKTU	„Ratownik medyczny z certyfikatem! - bezpłatne kursy BLS, ACLS, PALS i ITLS”
Nr projektu	POWR.05.04.00-00-0127/18
Oś priorytetowa	V. Wsparcie dla obszaru zdrowia
Działanie	5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych
Projektodawca	RescuePro S.C.

	Lp.		
Dane podstawowe	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Data urodzenia	
	5	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (brak wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe (wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> wyższe (wykształcenie na poziomie szkoły wyższej)
Dane kontaktowe (adres zamieszkania)	7	Ulica	
	8	Nr domu	
	9	Nr lokalu	
	10	Kod pocztowy	
	11	Miejscowość	
	12	Powiat	
	13	Gmina	
	14	Województwo	
	15	Nr telefonu	
16	Adres e-mail		



Dane dotyczące statusu uczestnika projektu (proszę zaznaczyć wyłącznie JEDNĄ odpowiedź)	17	<input type="checkbox"/> Jestem osobą zatrudnioną na stanowisku ratownika medycznego na podstawie <u>umowy o pracę</u> w podmiocie leczniczym posiadającym kontrakt z OW NFZ Nazwa pracodawcy: Adres zakładu pracy: Województwo:	
	18	<input type="checkbox"/> Jestem osobą zatrudnioną na stanowisku ratownika medycznego na podstawie <u>umowy zlecenia</u> w podmiocie leczniczym posiadającym kontrakt z OW NFZ Nazwa pracodawcy: Adres zakładu pracy: Województwo:	
	19	<input type="checkbox"/> Jestem osobą zatrudnioną na stanowisku ratownika medycznego na podstawie <u>kontraktu</u> (osoba prowadząca działalność gospodarczą) w podmiocie leczniczym posiadającym kontrakt z OW NFZ Nazwa pracodawcy: Adres zakładu pracy: Województwo:	
Status szczególny uczestnika projektu	20	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych
	21	Osoba z niepełnosprawnościami (osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> tak (nr orzeczenia _____) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych
	22	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych
	23	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych



Udogodnienia	24	W przypadku zaznaczenia statusu osoby z niepełnosprawnością proszę wskazać udogodnienia niezbędne do zastosowania w procesie rekrutacji i projekcie celem ułatwienia udziału w formach wsparcia:
	25	Proszę wskazać aspekty sytuacji osobistej, domowej i zawodowej, które należy wziąć pod uwagę przy realizacji form wsparcia np. opieka nad dzieckiem, opieka nad osobą niesamodzielną:
Dodatkowe – preferencje żywieniowe	26	Proszę wskazać <input type="checkbox"/> Jestem wegetarianinem (nie jem mięsa i produktów mięsnych) <input type="checkbox"/> Jestem weganinem <input type="checkbox"/> Inne
Potwierdzenie posiadania wykształcenia medycznego	27	Proszę dołączyć: <input type="checkbox"/> kopię dyplomu ukończenia kierunku ratownictwo medyczne <input type="checkbox"/> inny dokument potwierdzający przynależność do grupy docelowej <input type="checkbox"/>

Oświadczenia kandydata/ki do projektu:

Ja niżej podpisany/-a oświadczam że:

1. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w projekcie zawartymi w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa, spełniam warunki kwalifikowalności w nim wskazanej i deklaruję chęć uczestnictwa z własnej inicjatywy w projekcie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie na cele projektowe.
2. Zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie i nie jestem właścicielem/właścicielką przedsiębiorstwa pełniącym funkcje kierownicze, jak również współnikiem (w tym partnerem prowadzącym regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiącym z niego korzyści finansowe) oraz osobą prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą.
3. Nie jestem zatrudniony/a w podmiotach powiązanych kapitałowo lub osobowo z Beneficjentem.
4. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Program Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020.
5. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza Rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Beneficjenta tj. RescuePro S.C. na potrzeby procesu rekrutacji.
8. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich kursach BLS, ACLS, PALS oraz ITLS w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie.

Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do projektu „**Ratownik medyczny z certyfikatem! - bezpłatne kursy BLS, ACLS, PALS i ITLS**” nr POWR.05.04.00-00-0127/18 są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata/
kandydatki do projektu



OŚWIADCZENIE OSOBY APLIKUJĄCEJ O UDZIAŁ W PROJEKCIE

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „Ratownik medyczny z certyfikatem! - bezpłatne kursy BLS, ACLS, PALS i ITLS” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a) 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
2. W związku z realizacją procesu rekrutacji do niniejszego projektu przetwarzane będą dane osobowe zawarte w formularzu rekrutacyjnym - zakres zgodny z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
3. Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do zakończenia procesu rekrutacji na dany cykl szkoleń lub wycofania zgody.
4. Administratorem danych osobowych jest RescuePro s.c. ul. Strzelców 40/24, 81-586 Gdynia
5. Moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu;
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:
 - Projektodawcę: RescuePro s.c. ul. Strzelców 40/24, 81-586 Gdynia,
 - instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa.
 - O powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik zostanie poinformowany w drodze pisemnej.
7. Mam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Mam prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.
10. Wymienione prawa będą traktowane w sposób określony w artykułach 13 do 19 Rozdziału III: „Prawa osoby, której dane dotyczą” rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
11. Podanie moich danych osobowych, o których mowa w pkt 2, jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.
12. Udostępnione dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
Miejscowość i data

.....
**Czytelny podpis kandydata/
kandydatki do projektu**