Data: ............................. Załącznik nr 1

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

dotyczący uczestnictwa w szkoleniach organizowanych w ramach projektu:

*Uczelnia Społeczno – Medyczna bez barier*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane**  **Aplikującego** | Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Kadra zarządzająca  Pracownik administracyjny  Pracownik dydaktyczny | □  □    □ |
| Jednostka |  |
| Tel. kom./stacjonarny |  |
| Adres poczty e-mail |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deklaruję udział w Projekcie i wyrażam chęć uczestnictwa w szkoleniu(-ach)**  **(prosimy o zaznaczenie - X preferowaną formę wsparcia, mogą Państwa zaznaczyć 2 szkolenia)** | | |
| 1 | Obsługa studenta z niepełnosprawnościami. Komunikacja i Savoir-vivre wobec OzN |  |
| 2 | Obsługa studenta z niepełnosprawnościami. Wsparcie psychologiczne wobec OzN |  |
| 3 | Poprawa dostępności uczelni w 6 obszarach dostępności |  |

realizowanym(-ych) w ramach projektu: „**Uczelnia Społeczno – Medyczna bez barier”** współfinansowanego ze  środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Priorytet III Szkolnictwo Wyższe dla Gospodarki i Rozwoju, działanie 3.5. Kompleksowe programy szkół wyższych.

Udział w wybranym szkoleniu motywuję:

*(prośba o umotywowanie przydatności wybranego szkolenia na zajmowanym stanowisku)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w szkoleniach i spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie oraz zostałem(-am) pouczony o odpowiedzialności za  składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

*................................................*

czytelny podpis Aplikującego

**Zgoda przełożonego / kierownika Aplikującego**

Wyrażam zgodę na udział Pani / Pana …………………………………. w wybranym powyżej szkoleniu / szkoleniach.

*................................................*

czytelny podpis przełożonego/

kierownika Aplikującego

**KRYTERIA PREMIUJĄCE**

Przyjmuję do wiadomości, że podanie poniższych informacji jest dobrowolne, ale zgodnie z § 2. ust. 9 Regulaminu, osobie z orzeczoną niepełnosprawnością oraz osobie wychowującej dzieci przysługuje dodatkowo po 5 punktów w trakcie rekrutacji. Konsekwencją odmowy udzielenia takiej informacji będzie brak możliwości otrzymania dodatkowych punktów wynikających z zapisów regulaminu.

Oświadczam, że jestem osobą z orzeczoną niepełnosprawnością i wyrażam zgodę na przetwarzanie tej informacji na potrzeby rekrutacji do Projektu.

□ TAK □ NIE

*................................................*

czytelny podpis

Oświadczam, że jestem osobą wychowującą dzieci i wyrażam zgodę na przetwarzanie tej informacji na potrzeby rekrutacji do Projektu.

□ TAK □ NIE

*................................................*

czytelny podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

*Zgodnie z art 13 ust 1 i 2 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 (Rozporządzenie ogólne o ochronie danych), niniejszym informujemy, iż:*

1. **Administratorem** Pana/Pani danych osobowych będzie Uczelnia Społeczno – Medyczna w Warszawie.
2. Z Administratorem danych osobowych należy kontaktować się za pomocą adresu e-mail: [usm@usmbm.edu.pl](mailto:usm@usmbm.edu.pl);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia szkoleń podnoszących kompetencje pracowników na podstawie zawartej umowy *zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt b Rozporządzenia ogólnego, a w przypadku danych, które nie są niezbędne do zawarcia umowy na podstawie udzielonej zgody.*
4. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, lecz jest warunkiem udziału w projekcie.Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zawarcia umowy i uczestnictwa w projekcie.
5. Posiada Pan/Pani prawo do:
6. Dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
7. Przenoszenia danych,
8. Wniesienie sprzeciwu wobec przetwarzania

– w przypadkach i na warunkach określonych w Rozporządzeniu ogólnym.

1. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie udzielonej Administratorowi zgody, posiada Pani/Pan również **prawo do wycofania zgody** w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych można przesłać e-mailem na adres: [usm@usmbm.edu.pl](mailto:wsr@wsr.edu.pl);, lub przesłać pocztą tradycyjną na adres Uczelni Społeczno - Medycznej, lub wycofać osobiście stawiając się w **Uczelni Społeczno – Medycznej, 04-367 Warszawa, ul. Kaleńska 3**

Konsekwencją wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych będzie brak możliwości udziału w  projekcie.

1. Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane innym odbiorcom. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą: (firma będąca wykonawcą szkolenia) (adres), której dane zostaną powierzone oraz Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, któremu dane zostaną udostępnione.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do dnia 31.09.2033 r.
3. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z przepisami Rozporządzenia ogólnego.
4. Pana/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego / organizacji międzynarodowej.

**Potwierdzam, że zapoznałem(-am) się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.**

, dnia r.,

*(miejscowość, data, podpis)*

**Dokumenty:**

1. Oświadczenie kandydata o przetwarzaniu danych osobowych - Załącznik 2.
2. Zaświadczenie z Kadr potwierdzające okres zatrudnienia na danym stanowisku.
3. Do wglądu dowód osobisty w celu zweryfikowania tożsamości pracownika.
4. Opcjonalnie do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.