|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Akademia Menadżera MŚP | | | | KARTA ZGŁOSZENIOWA\*  właściciela/pracownika przedsiębiorstwa  otrzymującego wsparcie | | | | | | |
| ***Treść zawarta w karcie jest zgodna z zapisami***  ***w Centralnym Systemie Teleinformatycznym (SL2014)***  ***Treść zawarta w karcie będzie weryfikowana***  ***na każdym etapie realizacji projektu*** | | | | ***\* Uprzejmie prosimy o czytelne wypełnienie rubryk drukowanymi literami lub komputerowo, zaznaczenie odpowiedniej odpowiedzi oraz parafowanie stron.***  ***Oświadczenie uczestnika projektu jest integralną częścią karty zgłoszeniowej.*** | | | | | | |
| ***Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że jestem:*** | | | | | | | | | | |
| Właścicielem przedsiębiorstwa  (proszę o podanie:  nazwy i NIP-u przedsiębiorstwa) | | | **Nazwa przedsiębiorstwa** | |  | | | | | |
| **NIP przedsiębiorstwa** | |  | | | | | |
| Pracownikiem/Pracownicą przedsiębiorstwa  (proszę o złożenie oświadczenia) | | | ***Oświadczam, że jestem zatrudniony/-a:*** | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy** | |  | | | | | |
| **NIP pracodawcy** | |  | | | | | |
| **Forma zatrudnienia** | | Umowa o pracę Inna  (jaka?………………………………………………) | | | | | |
| **Okres zatrudnienia (od …. do…)**  Minimalny okres zatrudnienia obejmuje czas od zgłoszenia udziału w usłudze rozwojowej do dnia refundacji jej kosztów. | | | | **Stanowisko**  Zajmowane u w/w pracodawcy | | | |
|  | | | |  | | | |
| ***Dane Uczestnika/Uczestniczki projektu*** | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** | |  | | | **Imię (imiona)** | | |  | | |
| **Płeć** | | Kobieta  Mężczyzna | | | **PESEL** | | | TAK  NIE | Jeżeli **TAK** to prosimy o podanie numeru  …………………………………………………… | |
| ***Adres zamieszkania i dane kontaktowe Uczestnika/Uczestniczki projektu*** | | | | | | | | | | |
| **Kraj** | |  | | | | **Miejscowość** | |  | | |
| **Województwo** | |  | | | | **Ulica** | |  | | |
| **Powiat** | |  | | | | **Nr budynku**  **Nr lokalu** | |  | | |
| **Gmina** | |  | | | | **Tel. kontaktowy** | |  | | |
| **Kod pocztowy** | |  | | | | **Adres e-mail** | |  | | |
| ***Wykształcenie Uczestnika/Uczestniczki projektu*** | | | | | | | | | | **Proszę zaznaczyć właściwe** |
| **ISCED 0 -** niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) | | | | | | | | | |  |
| **ISCED 1 -** podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) | | | | | | | | | |  |
| **ISCED 2 -** gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) | | | | | | | | | |  |
| **ISCED 3 -** ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) | | | | | | | | | |  |
| w tym | kształcenie niezakończone egzaminem maturalnym | | | | | | | | |  |
| kształcenie zakończone egzaminem maturalnym | | | | | | | | |  |
| **ISCED 4 -** policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym | | | | | | | | | |  |
| **ISCED 5-8 -** wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym) | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Status Uczestnika/Uczestniczki w chwili przystąpienia do projektu*** (proszę zaznaczyć X właściwe) | | | | | |
| Osoby należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | TAK | NIE | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba z niepełnosprawnościami  Jeśli **TAK** proszę o podanie rodzaju i stopnia niepełnosprawności | | | TAK | NIE | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
|  | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) | | | TAK | NIE | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| **Oświadczenie** | 1. Wyrażam zgodę na upowszechnianie mojego wizerunku w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby wykonania przez SCREP określonych prawem obowiązków wynikających z realizacji projektu, zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.). 2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o projekcie drogą elektroniczną na podane konto e-mail w rozumieniu art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną. 3. Zapoznałem/am się z zapisami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.   **Jednocześnie potwierdzam,** że zostałem/am poinformowany/-a, że projekt Akademia Menadżera MŚP realizowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. | | | | |
| **Klauzula informacyjna** | Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych informuję, iż:   1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa. 2. Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej oraz Operatorowi: Stowarzyszeniu „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka” z siedzibą ul. Józefa Piłsudskiego 11A, 14-400 Pasłęk. 3. Stowarzyszenie „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka” powołało Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: [iod@screp.pl](mailto:iod@screp.pl) 4. Pani/Pana dane osobowe podane w niniejszym dokumencie przetwarzane będą w celu informacji, promocji, rekrutacji, realizacji zobowiązań wynikających z zawartych umów, realizacji projektów współfinansowanych ze środków unijnych oraz dochodzenia roszczeń i monitorowania prawidłowości wykonywania zobowiązań. 5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w procesie informacji, promocji, rekrutacji, realizacji zobowiązań wynikających z zawartych umów, realizacji projektów współfinansowanych ze środków unijnych oraz dochodzenia roszczeń i monitorowania prawidłowości wykonywania zobowiązań. 6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane w celu informacji i promocji będą przechowywane do czasu zakończenia projektu, nie krócej niż rok od czasu zakończenia projektu. 7. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane w celu rekrutacji, realizacji zobowiązań wynikających z zawartych umów, realizacji projektów współfinansowanych ze środków unijnych oraz dochodzenia roszczeń i monitorowania prawidłowości wykonywania zobowiązań będą przechowywane przez okres 10 lat liczone od dnia zakończenia realizacji projektu jednak nie dłużej niż do czasu akceptacji przez Komisję Europejską sprawozdania końcowego z realizacji programów współfinansowanych ze środków unijnych. 8. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych. 9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. 10. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji projektu i/lub udzielenia wsparcia w ramach projektu. 11. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu. 12. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich poza obszar Unii Europejskiej.   **Jednocześnie potwierdzam otrzymanie powyższych informacji.** | | | | |
| Miejscowość i data | | Wiarygodność podanych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej  z art. 297 § 1 i 2 k.k.  Czytelny podpis Uczestnika/-czki projektu | | | |