** **

Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Projekt nr** WND-POKL.07.03.00-12-016/11

**Tytuł projektu:** Dogoterapia - skuteczne lekarstwo przeciwko izolacji

EUROPEJSKI FUNDUSZ SPOŁECZNY

PROGRAM OPERACYJNY KAPITAŁ LUDZKI

PRIORYTET VII - Promocja integracji społecznej

DZIAŁANIE 7.3 Inicjatywy lokalne na rzecz aktywnej integracji

**KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY**

|  |
| --- |
| **I. Dane uczestnika:** |
| Imię (imiona) i nazwisko: |  |
| wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| PESEL |  |
| Wykształcenie |  |
| opieka nad dziećmi do lat 7 lub osobą zależną\* | TAK | NIE  |
| II. Dane kontaktowe: |
| ulica |  |
| nr domu |  |
| nr lokalu |  |
| miejscowość |  |
| obszar |  |
| kod pocztowy |  |
| województwo |  |
| powiat |  |
| telefon stacjonarny |  |
| telefon komórkowy |  |
| adres poczty elektronicznej |  |
| III. Dane dodatkowe |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu |  |
| liczba małoletnich dzieci |  |
| korzystanie ze wsparcia instytucji pomocy społecznej\* | TAK | NIE  |

\*niepotrzebne skreślić

Deklaracja udziału w Projekcie nr WND-POKL.07.03.00-12-016/11

Ja niżej odpisana/y……………………………………………………………………………

Oświadczam, że:

1. *Wyrażam wolę uczestnictwa w Projekcie pt. „Dogoterapia-skuteczne lekarstwo przeciwko izolacji” realizowanym przez Beneficjenta Fundacja Dogoterapeutyczna „Husky team” z siedzibą w Korczynie, nr domu 153, 38-340 Biecz w ramach działania 7.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki i oświadczam, że spełniam następujące wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w Projekcie:*
* *Jestem mieszkanką/ńcem powiatu gorlickiego z wyłączeniem miasta Gorlice*
* *Uczęszczam do DPS w Klimkówce - ośrodka objętego projektem*
* *Jestem osobą w wieku 15-64 lata*
* *Jestem osobom niepracującą*

*II. W związku z przystąpieniem do Projektu „Dogoterapia-skuteczne lekarstwo przeciwko izolacji” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.*

*III. Wyrażam zgodę na publiczne wykorzystanie fotografii z zajęć.*

*Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:*

* *Administratorem tak zebranych danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa.*
* *Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu „Dogoterapia-skuteczne lekarstwo przeciwko izolacji”, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.*
* *Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością i kontrolą w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.*
* *Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.*
* *Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.*

|  |
| --- |
|  Data i podpis uczestniczki/ka projektu: |