*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji uczestników projektu „Nowa praca z KSSE”- ścieżka samozatrudnienia*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formularz rekrutacyjny UCZESTNIKÓW PROJEKTU DO PODDZIAŁANIA 7.4.2 REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO NA LATA 2014-2020** | | | | |
| **Beneficjent** | | | **Katowicka Specjalna Strefa Ekonomiczna S.A.** | |
| **Tytuł projektu** | | | **Nowa praca z KSSE** | |
| **Nr projektu** | | | **RPSL.07.04.02-024-0BB0/20** | |
| **Czas trwania projektu** | | | **01.02.2021 – 30.09.2022** | |
| **Dane**  **osobowe** | 1 | Imię (imiona) |  | |
| 2 | Nazwisko |  | |
| 3 | Wiek |  | |
| 4 | PESEL |  | |
| 5 | NIP |  | |
| 6 | Wykształcenie |  | |
| **Adres**  **zamieszkania** | 1 | Ulica |  | |
| 2 | Nr domu |  | |
| 3 | Nr lokalu |  | |
| 4 | Miejscowość |  | |
| 5 | miasto/wieś |  | |
| 6 | Kod pocztowy |  | |
| 7 | Województwo |  | |
| **Dane**  **kontaktowe** | 1 | Telefon komórkowy |  | |
| 2 | Adres poczty  elektronicznej |  | |
|  | | | | |
| **Dane dot.  kandydata na uczestnika projektu** | ***Należy zaznaczyć właściwe pole w każdym z wierszy poniżej:*** | | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Zamierzam podjąć działalność  gospodarczą |  |  |
| 2 | Planowana data podjęcia działalności gospodarczej |  | |
| 3 | Będę prowadził działalność  gospodarczą jako osoba fizyczna |  |  |
| 4 | Zamierzam zarejestrować i rozpocząć działalność gospodarczą na terenie woj. śląskiego |  |  |
| 5 | Jestem osobą zwolnioną z zakładu pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy[[1]](#footnote-1)? |  |  |
| 6 | Jestem osobą przewidzianą do zwolnienia z zakładu pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy[[2]](#footnote-2)? |  |  |
| 7 | Jestem osobą zagrożoną zwolnieniem z pracy z przyczyn zakładu pracy[[3]](#footnote-3)? |  |  |
| 8 | Jestem osobą niepełnosprawną/osobą z niepełnosprawnościami?[[4]](#footnote-4) |  |  |
| 9 | Jestem osobą o niskich kwalifikacjach, tj. posiadam wykształcenie co najwyżej ponadgimnazjalne? |  |  |
| 10 | Jestem pracownikiem lub byłym pracownikiem jednostek organizacyjnych spółek węglowych z terenu województwa śląskiego lub podmiotów z terenu województwa śląskiego z nimi kooperujących? |  |  |
| **Identyfikacja potrzeb w zakresie wsparcia - czy kandydat chciałby korzystać** | 1 | ze szkoleń? |  |  |
| Proszę podać jakich: | |
| 2 | z doradztwa zawodowego? |  |  |
| 3 | z możliwości spotkania z oficerem dotacyjnym? |  |  |
| 4 | ze wsparcia finansowego na rozwój przedsiębiorczości? |  |  |
| 5 | z finansowego podstawowego wsparcia pomostowego? |  |  |
| 6 | z finansowego przedłużonego wsparcia pomostowego? |  |  |
| Informacja o innych osobach biorących udział w postępowaniu rekrutacyjnym, z którymi potencjalny uczestnik projektu zamierza założyć spółkę cywilną/ spółkę jawną/ spółkę partnerską (niepotrzebne skreślić)- jeżeli dotyczy | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OPIS PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** | | | |
| **I.**  **OPIS POMYSŁU** | Proszę opisać planowane przedsięwzięcie (m.in. na czym będzie polegać, sektor/branża w jakiej będzie prowadzona działalność, charakterystyka produktu/usługi). | | |
|  | | |
| Proszę opisać kto będzie klientem Pani/Pana firmy, do kogo kierowany jest produkt | | |
|  | | |
| Proszę opisać potencjalną konkurencję na rynku, podać zalety, wady podmiotów konkurencyjnych itp. | | |
|  | | |
| Proszę opisać jakie działania zostały przez Panią/Pana podjęte w celu uruchomienia działalności gospodarczej (np. rozeznanie rynku, zapewnienie dostawców, odbiorców) | | |
|  | | |
| Proszę określić szanse i zagrożenia dla planowanej działalności gospodarczej. Jakie są Pani/Pana zdaniem mocne i słabe strony planowanej działalności? | | |
| Mocne strony | Słabe strony | |
| Szanse | Zagrożenia | |
| **II.**  **DZIAŁANIA PODJĘTE I PLANOWANE KOSZTY INWESTYCJI** | Jakie nakłady finansowe (np. zakup środków trwałych, towary i materiały, reklama  i promocja) są niezbędne do prowadzenia planowanej przez Pana/Panią działalności gospodarczej? (okres 12 pierwszych miesięcy działalności ogółem – należy też uwzględnić nakłady finansowe nie objęte dotacją inwestycyjną) | | |
|  | | |
| Jakie planowane zakupy będą objęte dotacją inwestycyjną w ramach projektu (proszę określić wartość oraz podać uzasadnienie) | | |
| Przedmiot zakupu | Kwota (w zł) | Uzasadnienie zakupu w związku z planowaną działalnością |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| RAZEM: |  |  |
| Czy posiada Pan/Pani już środki techniczne do rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (np. niezbędny sprzęt, narzędzia lub urządzenia) bądź inne zasoby (np. lokal, własne środki finansowe) konieczne do prowadzenia działalności?  W przypadku gdy rodzaj działalności nie wymaga posiadania zaplecza technicznego sprzętu/narzędzi/urządzeń i/lub lokalu proszę wskazać odpowiednie uzasadnienie braku konieczności ich posiadania. | | |
|  | | |
| **III.**  **ZGODNOŚĆ KWALIFIKACJI, WYKSZTAŁCE-NIA ORAZ DOŚWIADCZE-NIA DO PODEJMOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** | Proszę opisać doświadczenie zawodowe związane z profilem podejmowanej działalności. | | |
|  | | |
| Posiadane wykształcenie oraz ewentualne posiadane dodatkowe kwalifikacje  np. certyfikaty, zaświadczenia, uprawnienia, ukończone szkolenia. Proszę podać tylko te związane z profilem planowanej działalności. | | |
|  | | |
| Proszę opisać dodatkowe umiejętności istotne z punktu widzenia planowanej działalności gospodarczej | | |
|  | | |
| **IV.**  **UZASADNIENIE PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI** | Proszę podać powody, dla których zdecydował/a się Pan/Pani aplikować do udziału w projekcie | | |
|  | | |
| Proszę podać wewnętrzne motywy oraz/lub zewnętrzne uwarunkowania dla planowanej działalności gospodarczej (uzasadnienie) wraz z podaniem danych ilościowych i jakościowych uzasadniających daną działalność gospodarczą. | | |
|  | | |
| Dlaczego projekt i jego wsparcie (w tym wsparcie szkoleniowe i doradcze) jest adekwatne do potrzeb kandydata i jego sytuacji na rynku pracy ? | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| ***OŚWIADCZENIA*** |
| Ja niżej podpisany/a ......................................................................................................................  (imię i nazwisko)  zamieszkały/a ..............................................................................................................................  (adres zamieszkania)  **Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:** |
| W wierszach poniżej należy wykreślić niewłaściwą odpowiedź. |
| 1. Oświadczam, że **zapoznałem(am) się** z Regulaminem rekrutacji uczestników i **akceptuję** jego warunki. |
| 1. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. |
| 1. Oświadczam, że **posiadałem(am) / nie posiadałem(am)**\* zarejestrowanej działalności gospodarczej  (tj. wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), że **byłem(am)  zarejestrowany(a) / nie byłem(am) zarejestrowany(a**)\* jako przedsiębiorca w Krajowym Rejestrze  Sądowym oraz oświadczam, iż **prowadziłem(am)** / **nie prowadziłem(am)**\* działalności na podstawie  odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu. |
| 1. Oświadczam, że **zawiesiłem(am) / nie zawiesiłem(am)**\* prowadzenia działalności na podstawie  odrębnych przepisów. |
| 1. Oświadczam, że **byłem(am) karany(a) / nie byłem(am) karany(am)\*** za przestępstwo przeciwko  obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny oraz **korzystam**  z pełni praw publicznych i **posiadam** pełną zdolność do czynności prawnych. |
| 1. Oświadczam, iż **jestem / nie jestem\* karany (a)** karą zakazu dostępu do środków, o których mowa  w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. |
| 1. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam\* zaległości w regulowaniu** zobowiązań cywilnoprawnych. |
| 1. Oświadczam, że **korzystam / nie korzystam\*** równolegle z innych środków publicznych, w tym  zwłaszcza środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach PO WER, RPO oraz środków oferowanych w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich 2014-2020 na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej. |
| 1. Oświadczam, że **byłem(am) zatrudniony(a) / nie byłem(am) zatrudniony(a)\*** w rozumieniu  Kodeksu Pracy w ciągu ostatnich 3 lat u Beneficjenta lub wykonawcy (o ile jest już znany) uczestniczącego w procesie rekrutacji. |
| 1. Oświadczam, że **łączy/ł mnie/ nie łączy/ł \*** mnie z pracownikiem Beneficjenta lub wykonawcy (o ile jest już znany) lub z wykonawcą (o ile jest już znany) uczestniczącymi w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów:  * związek małżeński, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa (w linii prostej lub bocznej do II stopnia) lub * związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;   Dotyczy to również wszystkich osób upoważnionych do składania wiążących oświadczeń woli w imieniu Beneficjenta lub wykonawcy. |
| 1. Oświadczam, że w bieżącym roku podatkowym oraz dwóch poprzedzających go latach podatkowych  **korzystałem(am)\* / nie korzystałem(am)\*** z pomocy de minimis, której wartość brutto łącznie z pomocą, o którą się ubiegam, przekraczałaby równowartość w złotych kwoty 200 000 euro, a w przypadku działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego towarów - równowartość w złotych kwoty 100 000 euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy. |
| 1. Oświadczam, że otrzymałem(am) w przeszłości pomoc publiczną dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych, o które ubiegam się w ramach projektu, w wysokości ………………euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy. |
| 1. Oświadczam, że **planuję / nie planuję**\* rozpoczęcia działalności gospodarczej w sektorach  wykluczonych ze wsparcia, zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis. |
| 1. Oświadczam, iż **ciąży / nie ciąży\*** na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji  Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz ze wspólnym rynkiem. |
| 1. Oświadczam, że **odbywam / nie odbywam\*** karę/-y\* pozbawienia wolności i **jestem/ nie jestem** objęty dozorem elektronicznym. |
| 1. Oświadczam, iż w przypadku otrzymania wsparcia finansowego na rozwój przedsiębiorczości i/lub wsparcia pomostowego **nie zawieszę** prowadzenia działalności gospodarczej w ciągu 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia działalności gospodarczej. |
| 1. Oświadczam, że **planuję / nie planuję**\* założyć rolniczą działalność gospodarczą i równocześnie podlegać ubezpieczeniu społecznemu rolników zgodnie z ustawą z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników; |
| 1. Oświadczam, że **zamierzam / nie zamierzam\*** założyć działalność komorniczą zgodnie z ustawą z dnia 22 marca 2018 r. o komornikach sądowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 771, z późn. zm.). |
| 1. Oświadczam, że posiadam wykształcenie (proszę zaznaczyć jedną z podanych poniżej odpowiedzi):  * Brak (brak formalnego wykształcenia) * Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) * Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) * Ponadgimnazjalne, w tym: * kształcenie ukończone na poziomie liceum ogólnokształcącego * kształcenie ukończone na poziomie technikum * kształcenie ukończone na poziomie zasadniczej szkoły zawodowej * Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) * Wyższe krótkiego cyklu (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym licencjackim, magisterskim i doktoranckim) * Wyższe licencjackie (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich) * Wyższe magisterskie (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich) * Wyższe doktoranckie (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich) |
| 1. Oświadczam, iż **jestem / nie jestem\***  osobą niepełnosprawną tzn. osobą, której niepełnosprawność została potwierdzona stosownym orzeczeniem[[5]](#footnote-5). |
| 1. Oświadczam, iż **jestem / nie jestem\*** pracownikiem przewidzianym do zwolnienia, tj. pracownikiem, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużania przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego. Oświadczam, że nie posiadam jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jestem jednocześnie osobą samozatrudnioną. |
| 1. Oświadczam, iż **jestem / nie jestem\*** pracownikiem zagrożonym zwolnieniem, tj.pracownikiem zatrudnionym u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy – w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników – albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych. Oświadczam, że nie posiadam jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jestem jednocześnie osobą samozatrudnioną. |
| 1. Oświadczam, iż **jestem / nie jestem\*** osobą zwolnioną, tj. osobą pozostającą bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu. Oświadczam, że nie posiadam jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jestem jednocześnie osobą samozatrudnioną. |
| 1. Oświadczam, że **pracuję /nie pracuję**\* na terenie województwa śląskiego. |

Do momentu podpisania *Umowy uczestnictwa w projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020*, Administratorem danych osobowych jest Beneficjent realizujący projekt.

**OŚWIADCZENIE OSOBY APLIKUJĄCEJ O UDZIAŁ W PROJEKCIE nr umowy o dofinansowanie: UDA.RPSL.07.04.02-24-0BB0/20-01**

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „Nowa praca z KSSE” 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 następujące kategorie danych osobowych Uczestnika projektu: dane uczestnika, dane kontaktowe uczestnika, szczegóły i rodzaj wsparcia, status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu.
3. Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do 30.09.2022 r. lub wycofania zgody.
4. Administratorem danych osobowych jest Katowicka Specjalna Strefa Ekonomiczna S.A. z siedzibą w Katowicach (40-026), przy ul. Wojewódzkiej 42, [www.ksse.com.pl](http://www.ksse.com.pl)
5. Moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu;
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:
   1. Beneficjenta- Katowicką Specjalną Strefę Ekonomiczną S.A. z siedzibą w Katowicach (40-026), przy ul. Wojewódzkiej 42, [www.ksse.com.pl](http://www.ksse.com.pl)
   2. Partnera – nie dotyczy
   3. Instytucję Zarządzającą - Zarząd Województwa Śląskiego, w którego imieniu działa Wydział Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego z siedzibą w Katowicach, ul. Dąbrowskiego 24; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – dane osobowe@slaskie.pl
   4. Instytucję Pośredniczącą – Wojewódzki Urząd Pracy w Katowicach z siedzibą w Katowicach, ul. Kościuszki 30; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – iod@wup-katowice.pl
   5. instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa.
   6. O powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik zostanie poinformowany w drodze pisemnej.
   7. Członków Komisji Rekrutacyjnej – wybranych na późniejszym etapie realizacji projektu,
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 osoby aplikującej o udział w projekcie |

**Oświadczenie Kandydata w związku ze stanem epidemii COVID-19**

W związku z działaniami profilaktycznymi wynikającymi z zagrożeniem SARS- CoV- 2,

Ja, niżej podpisana/y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, iż w przypadku, gdy w ciągu 14 dni od dnia mojego udziału w jakiejkolwiek formie wsparcia w ramach projektu wymagającej osobistego kontaktu, w tym w II etapie rekrutacji, wystąpią u mnie objawy zakażenia COVID-19, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym fakcie właściwe miejscowo służby sanitarne i epidemiologiczne, a także KSSE S.A. adres mailowy: nowapraca@ksse.com.pl oraz podjąć niezbędne kroki wg wskazań GIS <https://www.gov.pl/web/koronawirus>.

Przed wejściem do budynku w którym odbywać się będzie forma wsparcia uczestnik zobowiązany jest do:

1) zachowania bezpiecznej odległości w kolejce do wejścia do budynku/sali min. 2 m;

2) dezynfekcji rąk lub rękawiczek płynem dezynfekującym znajdującym się przy każdym wejściu do budynku;

3) zasłonięcia nosa i ust przed wejściem do budynku;

4) stosowanie masek ochronnych, przyłbic, chust i itp. zapewnionych we własnym zakresie;

5) posiadania własnego długopisu.

Obowiązku noszenia maseczki ani przyłbicy nie mają osoby ze stwierdzonym stopniem niepełnosprawności.

Osoby zarażone wirusem SARS-COV-2 lub osoby podlegające obowiązkowej kwarantannie nie mogą brać udziału w danej formie wsparcia.

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu w zbiorze danych osobowych KSSE S.A.- w celu przekazania na żądanie właściwych służb sanitarnych (np. Głównego Inspektoratu Sanitarnego, ul. Targowa 65 03–729 Warszawa) w zakresie niezbędnym do dochodzenia epidemiologicznego na wypadek mojego zakażenia lub wykrycia, że przebywałem/am w bezpośrednim kontakcie z osobą zakażoną, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi zapobiegania, przeciwdziałania, zwalczania SARS – CoV – 2 (COVID-19).

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, zgodnie z Rozporządzeniem RODO, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Katowicka Specjalna Strefa Ekonomiczna S.A. z siedzibą w Katowicach (40-026), przy ul. Wojewódzkiej 42, [www.ksse.com.pl](http://www.ksse.com.pl)
2. Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie: a) art. 9 ust. 2 lit. i) w zw. z art. 6 ust 1 lit. c) i e) rozporządzenia RODO oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. (Dz.U.2018 poz.100 z późn. zm.) w zw. z art. 17 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 374 z późn. zm.) - celem zapobiegania i zwalczania epidemii wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2; b) art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu zawarcia, realizacji i rozliczenia umowy oraz realizacji udziału uczestnika w wydarzeniu.
3. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Administratora: e-mail: [www.arl.org.pl](http://www.arl.org.pl), tel.: +48 32 266 50 41 wew. 709.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 14 dni od daty zakończenia ostatniej formy wsparcia wymagającej osobistego kontaktu;
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do uczestnictwa w projekcie;
6. Pozostałe informacje nt. przetwarzania Pana/Pani danych osobowych znajdują się w polityce prywatności Katowickiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej S.A.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………………  Miejscowość i data | …………………………………………………………………………  Czytelny podpis osoby aplikującej o udział w projekcie |

Do formularza rekrutacyjnego dołączam następujące załączniki:

|  |  |
| --- | --- |
| Zaznaczyć X jeśli załączono dany dokument | Rodzaj dokumentu |
|  | * dotyczy osób zagrożonych zwolnieniem:   zaświadczenie pracodawcy potwierdzające, że w okresie ostatnich 12 miesięcy w zakładzie pracy dokonywano rozwiązań stosunków pracy lub stosunków służbowych z przyczyn niedotyczących pracowników (wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu) |
|  | * dotyczy osób przewidzianych do zwolnienia z przyczyn niedotyczących pracownika:   kserokopia (uwierzytelniona przez kandydata/tkę) wypowiedzenia stosunku pracy/stosunku służbowego/umowy cywilno-prawnej z przyczyn niedotyczących pracownika |
|  | * dotyczy osób przewidzianych do zwolnienia z przyczyn niedotyczących pracownika:   zaświadczenie od pracodawcy o zamiarze nie przedłużania z pracownikiem umowy o pracę/stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika (wzór stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu) |
|  | * dotyczy osób zwolnionych z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu:   kserokopia świadectwa pracy (uwierzytelniona przez kandydata/tkę), w którym powinien znaleźć się zapis wskazujący jednoznacznie przyczynę  zwolnienia pracownika |
|  | * dotyczy osób zwolnionych będących osobami bezrobotnymi zarejestrowanymi w PUP:   zaświadczenie poświadczające rejestrację w ewidencji osób bezrobotnych, wydane przez właściwy Powiatowy Urząd Pracy |
|  | * dotyczy osób zwolnionych będących osobami bezrobotnymi niezarejestrowanymi w PUP lub nieaktywnymi zawodowo:   informacja z ZUS o przebiegu ubezpieczeń społecznych |
|  | * dotyczy osób zwolnionych posiadających jednocześnie dochód z tytułu innej działalności zarobkowej:   dokument potwierdzający, że działalność zarobkowa Kandydata wykonywana jest w wymiarze mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy (zaznaczyć właściwy):   * umowa, * zaświadczenie pracodawcy, * inny: ……………………………………… |
|  | * dotyczy osób zwolnionych z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu oraz przewidzianych do zwolnienia z przyczyn niedotyczących pracownika **w przypadku gdy przyczyna dokonanego zwolnienia nie wynika jednoznacznie ze świadectwa pracy/wypowiedzenia stosunku służbowego/ wypowiedzenia umowy cywilno-prawnej lub utrata pracy była związana z nieprzedłużeniem umowy o pracę/stosunku służbowego**   zaświadczenie od pracodawcy wskazujące przyczynę zwolnienia z zakładu pracy (wzór stanowi załącznik nr 4 do Regulaminu) |
|  | zaświadczenie zakładu pracy o działalności w sektorze górniczym lub kooperacji z sektorem górniczym- w przypadku pracowników/byłych pracowników jednostek organizacyjnych spółek węglowych lub przedsiębiorstw z nimi kooperujących (wzór stanowi załącznik nr 5 do Regulaminu) |
|  | kserokopia dokumentu potwierdzającego status osoby z niepełnosprawnościami (uwierzytelniona przez kandydata/tkę) |

1. Definicja znajduje się w *Regulaminie rekrutacji uczestników projektu „Nowa praca z KSSE”* [↑](#footnote-ref-1)
2. Definicja znajduje się w *Regulaminie rekrutacji uczestników projektu „Nowa praca z KSSE”* [↑](#footnote-ref-2)
3. Definicja znajduje się w *Regulaminie rekrutacji uczestników projektu „Nowa praca z KSSE”* [↑](#footnote-ref-3)
4. Definicja znajduje się w Regulaminie rekrutacji uczestników projektu „*Nowa praca z KSSE*”. [↑](#footnote-ref-4)
5. Pełna definicja znajduje się w *Regulaminie rekrutacji uczestników projektu „Nowa praca z KSSE”*

   **\*** Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-5)