**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu | **Koordynacja ekonomii społecznej w województwie dolnośląskim** |
| Program operacyjny | **Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego** |
| Priorytet inwestycyjny | **Wspieranie gospodarki społecznej** |

1. **Dane instytucji otrzymującej wsparcie**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA ORGANIZACJI / INSTYTUCJI |  |
| NIP | \_\_ \_\_ \_\_- \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_- \_\_ \_\_ |
| Typ organizacji / instytucji \*) | * Przedsiębiorstwo społeczne[[1]](#footnote-1)
* Podmiot ekonomii społecznej[[2]](#footnote-2) działający w obszarze pomocy i integracji społecznej;
* Organizacja pozarządowa[[3]](#footnote-3) działająca w obszarze pomocy i integracji społecznej
* Instytucja wspierające ekonomię społeczną[[4]](#footnote-4)
* Jednostka samorządu terytorialnego lub jej jednostka organizacyjna
* Przedstawiciel nauki lub biznesu
 |
| **Dane teleadresowe** | Kraj |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica/ aleja/ plac |  |
| Nr budynku  |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy | \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ |
| Nr telefonu tel. Instytucji/ Organizacji: |  |
| Adres e-mail |  |
| Rodzaj przyznanego wsparcia | * spotkanie sieciujące OWES
* spotkanie sieciujące podmioty reintegracyjne (w tym spotkanie eksperckie)
* spotkanie doradcze
* spotkanie informacyjne
* spotkanie informacyjno-doradcze
* wizyta studyjna
* spotkania w ramach Komitetu Ekonomii Społecznej
* spotkania grup roboczych
 |
| …………………………………………………(pieczęć organizacji/instytucji) | ………………………………………………………………(data, podpisy Zarządu/osób upoważnionych do reprezentacji organizacji/instytucji) |
| Data rozpoczęcia udziału w formie wsparcia\*\*) | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / 201\_\_ |
| Data zakończenia udziału w formie wsparcia\*) | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / 201\_\_ |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / 201\_\_ |
| Data zakończenia udziału w projekcie | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / 201\_\_ |
| Czy wsparciem zostali objęci pracownicy Instytucji / Organizacji | * TAK
* NIE
 |

1. **Oświadczenia Organizacji/ Instytucji**
2. W imieniu ………………………………………………..… (nazwa Organizacji/ Instytucji) wyrażam chęć udziału w projekcie „Koordynacja ekonomii społecznej w województwie dolnośląskim”.
3. Oświadczam, że ……………………………………………… (imię i nazwisko osoby biorącej udział w formie wsparcia), to jest osoba uczestnicząca w formie wsparcia wskazanej w pkt. I, jest członkiem zarządu / pracownikiem/ wolontariuszem **\*\*\*)** reprezentowanej przeze mnie instytucji/organizacji.
4. Oświadczam, że ………………………………….. (nazwa organizacji) jako Podmiot Ekonomii Społecznej / organizacja pozarządowa \*\*\*) prowadzi działalność w obszarze pomocy i integracji społecznej (wypełniają jedynie organizacje, które w części I formularza zaznaczyły przynależność do właściwej grupy, jeśli nie dotyczy – skreślić).
5. Dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz spełniają kryteria uprawniające do udziału w projekcie.
6. Jestem świadomy odpowiedzialności art. 272 oraz art. 286 Kodeksu Karnego, wynikającej ze składania oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam karnej wynikającej z, iż dane przedstawione w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………pieczęć organizacji/instytucji | …………………………………………Miejscowość, dnia………………………………………………………………podpisy Zarządu/osób upoważnionych do reprezentacji organizacji/instytucji |

1. **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (dotyczy danych organizacji/instytucji)**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie obejmującym:

***Nazwę, NIP, typ, dane teleadresowe, e-mail oraz nr telefonu*** ***instytucji/organizacji*** przez Administratora Danych, którym jest:

* + - 1. Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego - w odniesieniu do zbioru: *„Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014 – 2020”.*
			2. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa - w odniesieniu do zbioru: *„Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.*

Moje dane osobowe będę przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020.

Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją ww. celu.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………pieczęć organizacji/instytucji | …………………………………………Miejscowość, dnia………………………………………………………………podpisy Zarządu/osób upoważnionych do reprezentacji organizacji/instytucji |

\*) właściwe zaznaczyć znakiem X

\*\*) pola oznaczone na szaro wypełnia pracownik projektu

\*\*\*) niepotrzebne skreślić

1. **Dane osoby reprezentującej organizację/ instytucję w formie wsparcia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **E-mail kontaktowy** |  |
| **Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności**(proszę w odpowiednie miejsca wpisać jakie) | Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych |
| Alternatywne formy materiałów: |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie: |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego: |
| Specjalne wyżywienie: |
| Inne: |

1. **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (dotyczy osoby uczestniczącej w formie wsparcia)**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie obejmującym:

***Imienia i nazwiska, miejsca zatrudnienia, nr telefonu, adresu e-mail, specjalnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności*** przez Administratora Danych, którym jest:

1. Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego - w odniesieniu do zbioru: *„Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014 – 2020”.*
2. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa - w odniesieniu do zbioru: *„Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.*

Moje dane osobowe będę przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020.

Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją ww. celu.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………Miejscowość, dnia | ………………………………………………………………podpisy osoby uczestniczącej w formie wsparcia |

1. Zgodnie z definicją zawartą **w rozdziale 3 ust. 20)** Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z definicją zawartą **w rozdziale 3 ust. 15)** Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020. [↑](#footnote-ref-2)
3. Organizacje o których mowa **w art. 3 ust 2 oraz ust. 3 pkt. 1** ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie [↑](#footnote-ref-3)
4. Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej, zgodnie z definicją zawartą **w rozdziale 3 ust. 13)** Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020. [↑](#footnote-ref-4)