Załącznik nr 3 do regulaminu

……………………………………….. ………….., dnia ….…….. r.

Organizator (pieczęć zakładu pracy)

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ**

**kosztów wyposażenia lub doposażenia\* stanowiska pracy dla skierowanego uczestnika projektu
 pt. „Otwórz się na zmiany II”**

Na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r. w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z EFS na lata 2014 –2020

|  |
| --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ WNIOSEK** |
| Data, godzina i miejsce złożenia wniosku |  |
| Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

1. **DANE PODMIOTU**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Pełna nazwa przedsiębiorstwa
 |  |
| 1. Adres siedziby przedsiębiorstwa:

*ulica, numer, miejscowość, kod pocztowy* |  |
| 1. Telefon, e-mail:
 |  |
| 1. NIP
 |  |
| 1. REGON
 |  |
| 1. Numer PKD:
 |  |
| 1. Forma prawna:
 |  |
| 1. Rodzaj prowadzonej działalności:
 |  |
| 1. Forma opodatkowania:
 |  |
| 1. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej:
 |  |
| 1. Nazwa banku
 |  |
| 1. Numer rachunku bankowego
 |  |
| 1. Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego
 |  |
| 1. Osoby upoważnione do zawierania umów cywilno – prawnych (*funkcja w firmie)*
 |  |
| 1. Osoba upoważniona do kontaktów z Wnioskodawcą, telefon, e-mail, stanowisko służbowe
 |  |
| 1. Oświadczam, iż w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe wnioskodawca uzyskał przychód z prowadzonej działalności w wysokości:
 | Rok: | Kwota przychodu: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**II. STAN ZATRUDNIENIA**

1. Stan zatrudnienia pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku …………………………………………………………………………………………………………………

2. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku przez Wnioskodawcę:

| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy | Sposób rozwiązania stosunku pracy w okresie 12 miesięcy(w przypadku rozwiązania umowy wymagane jest świadectwo pracy potwierdzające sposób rozwiązania stosunku pracy) |
| --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** |  |  |  |
| ***2.*** |  |  |  |
| ***3.*** |  |  |  |
| ***4.*** |  |  |  |
| ***5.*** |  |  |  |
| ***6.*** |  |  |  |
| ***7.*** |  |  |  |
| ***8.*** |  |  |  |
| ***9.*** |  |  |  |
| ***10.*** |  |  |  |
| ***11.*** |  |  |  |
| ***12.*** |  |  |  |

**III. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY WYPOSAŻONYCH LUB DOPOSAŻONYCH, NA KTÓRYCH PODEJMIE/Ą ZATRUDNIENIE OSOBY SKIEROWANE PRZEZ BENEFICJENTA**

1. Liczba stanowisk pracy dla skierowanych osób pozostających bez pracy ....................................................
2. Miejsce i rodzaj pracy z podziałem na stanowiska pracy:

| Lp. | Stanowisko (zgodne z klasyfikacją zawodów) | Wymiar etatu | Miejsce  | Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez skierowane osoby pozostające bez pracy (uczestnik projektu)  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

1. Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do pracy jakie winne spełniać osoby skierowane przez Fundację „Razem”.

| Lp. | Stanowisko( zgodne z klasyfikacją zawodów) | Informacja o wymaganych kwalifikacjach, umiejętnościach i doświadczeniu zawodowym niezbędnym do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowana osoba pozostająca bez pracy (uczestnik projektu) |
| --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |

1. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy:

| Lp. |  Stanowisko (zgodne z klasyfikacją zawodów) | Całkowity koszt brutto | Wnioskowana wysokość refundacji w PLN (netto)  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** |  |  |  |
| ***Słownie:*** | ***Słownie:*** |
| ***2.*** |  |  |  |
| ***Słownie:***  | ***Słownie:*** |
| ***3.*** |  |  |  |
| ***Słownie:*** | ***Słownie:*** |
| ***4.*** |  |  |  |
| ***Słownie:*** | ***Słownie:*** |
| ***5.*** |  |  |  |
| ***Słownie:*** | ***Słownie:*** |
| ***R A Z E M*** |  |  |
| ***Słownie:*** | ***Słowni:*** |

**IV. ZABEZPIECZENIA**

Jaką formę prawnego zabezpieczenia w przypadku zwrotu dofinansowania Państwo proponują:

* **Poręczenie osób fizycznych, prawnych oraz nie posiadających osobowości prawnej a posiadających zdolność do czynności prawnych**
	+ Minimum 2 osoby fizyczne, które osiągają wynagrodzenie lub dochód na poziomie, co najmniej 3500,00 zł brutto i nie podlegają zajęciom sądowym lub administracyjnym
	+ 1 osoba fizyczna, która osiąga wynagrodzenie lub dochód na poziomie, co najmniej 7000,00 zł brutto i nie podlega zajęciom sądowym lub administracyjnym
	+ osoby prawne lub podmioty nie posiadające osobowości prawnej, a posiadające zdolność do czynności prawnych, których zdolność zabezpieczenia środków badana będzie na podstawie dokumentów finansowych tj. bilans oraz rachunek zysków i strat.
* wskazać osoby poręczające …………………………………………………………………………………

.………………………………………………………………………………

* Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.

W przypadku dokonania wyboru powyższej formy koniecznym jest wypełnienie Informacja o sytuacji finansowej Wnioskodawcy w dniu złożenia wniosku (dotyczy tylko osób proponujących zabezpieczenie w formie aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji). Informacja zostanie wypełniona i zweryfikowana przed podpisaniem umowy. Fundacja „Razem” zweryfikuje Informację o sytuacji finansowej Wnioskodawcy, w przypadku niekorzystnej sytuacji Wnioskodawcy może odmówić tej formy zabezpieczenia

* Blokada rachunku bankowego na kwotę w przyznanej refundacji

należy załączyć do umowy:oświadczenie o wysokości proponowanego zabezpieczenia, zgodę właściciela na dokonanie blokady na wskazanym rachunku (w przypadku, gdy właścicielem rachunku jest osoba trzecia) oraz zaświadczenie z banku, w którym są zdeponowane środki do zabezpieczenia o możliwości dokonania bezterminowej, bezwarunkowej i nieodwołalnej blokady środków w proponowanej wysokości.

* **Weksel In blanco – obligatoryjnie.**

**V. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 kk, i oświadczam, że:

1. **Nie zmniejszyłem** wymiaru czasu pracy pracownika i **nie rozwiązałem** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
2. **Prowadzę** działalność przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej).
3. **Nie byłem** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku karany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 ze zm.) lub Ustawy z 28 października 2002 r o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2018 r. poz. 703 ze zm.)
4. **Nie byłem** w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienie i instytucjach rynku pracy);
5. **Nie otrzymałem** pomocy de minimis powyżej dopuszczalnych kwot określonych w rozporządzeniu 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 (Dz.U.UE.L.2013.352.1 z dnia 2013.12.24) lub rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.U.UE.L.2013.352.9 z dnia 2013.12.24);
6. **Nie otrzymałem** wcześniej środków publicznych na wnioskowane wydatki;
7. **Spełniam/nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis /Dz. UE L 352/1 z 24.12.2013/.
8. **Otrzymałem/nie otrzymałem\*** pomoc przeznaczoną na te same koszty kwalifikowane, na pokrycie których ubiegam się o pomoc de minimis.
9. **Zobowiązuję się do zatrudnienia Uczestnika/Uczestników na okres co najmniej 24 miesięcy na podstawie umowy o pracę w wymiarze min. 1 etatu.**
10. **Oświadczam, iż:**
* nie korzystałem ze środków EFS w ostatnich 5 latach
* nie korzystałem ze środków EFS w ostatnich 3 latach
* Korzystałem ze środków EFS w ostatnich 3 latach

**Pracodawca zobowiązuje się do przestrzegania postanowień Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO), ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych oraz Polityki Ochrony Danych Osobowych.**

\*niewłaściwe skreślić

 ……….………………………………………….....

data i podpis osoby uprawnionej i pieczęć

**VI. Załączniki do wniosku**

1. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażonego (ych) lub doposażonego(ych) stanowisk(a) pracy – załącznik nr 1;

2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis przez podmiot w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w okresie 2 poprzedzających go lat - załącznik nr 2;

3. Formularz informacji składanej przez pracodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis - załącznik nr 3;

4. Formularz informacji składanej przez pracodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (dotyczy producenta rolnego) – załącznik nr 4;

5. Projekt zakresu obowiązków pracownika(ów) zatrudnionego(ych)na wyposażanym(ych) lub doposażonym(ych) stanowisku(ach) pracy – załącznik nr 5;

6. Deklaracja Pracodawcy – załącznik nr 6

7. Oświadczenie RODO – załącznik nr 7

8. Aktualne (wystawione nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia dokumentu) zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,

9. Aktualne (wystawione nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia dokumentu) zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z opłatami

10. Aktualny dokument potwierdzający formę prawną prowadzenia działalności (np. kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z CEIDG, wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego nie starszy niż 1 miesiąc, umowę spółki),

**Uwaga:**

**Kserokopie wszystkich dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentacji, zgodnie z dokumentem rejestrowym.**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 do wniosku**

………………, dnia …………………….

Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatku (nazwa, marka, podstawowe parametry)** | **Ilość** | **Wartość netto/PLN** | **Wartość podatku od towarów i usług/PLN** | **Rodzaj wydatku (nowy/używany)** | **Wartość brutto/PLN** | **Źródła finansowania\*** | **Termin realizacji zakupu** |
| **Środki własne netto/PLN** | **Środki EFS netto/PLN\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **\***np.: środki własne, środki z przyznanej ewentualnie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

Uzasadnienie zakupów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatku w ramach refundacji wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy** | **Uzasadnienie celowości i wartości zakupów** |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………………….……………………………………

(podpis osoby uprawnionej
 do reprezentowania podmiotu i pieczęć)

**ZAŁĄCZNIK NR 2 do wniosku**

………………, dnia …………………….

**Oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy de minimis w bieżącym roku podatkowym
i okresie poprzedzających go 2 lat podatkowych lub oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy de minimis**

Oświadczam, iż

...............................................................................................................................................

 *(pełna nazwa Wnioskodawcy)*

**W ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych otrzymałem/ nie otrzymałem\* pomoc *de minimis*w następującej wielkości:**

(wypełnić z uwzględnieniem wszystkich zaświadczeń o pomocy *de minimis*otrzymanych w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych)

| *Lp.* | *Organ udzielający pomocy* | *Podstawa prawna otrzymanej pomocy* | *Dzień udzielenia pomocy**(dzień-miesiąc-rok)* | *Forma pomocy* | *Wartość pomocy brutto* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *w PLN* | *w EUR* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | *Razem pomoc de minimis* |  |  |

\* niepotrzebne skreślić

*UWAGA:*

*Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 743 z późn. zm.) w przypadku nieprzekazania lub przekazania nieprawdziwych informacji o pomocy publicznej, o których mowa w art. 39 oraz art. 40 ust. 1 i ust. 3 pkt 2, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów może w drodze decyzji nałożyć na beneficjenta pomocy karę pieniężną do wysokości równowartości 10 000 euro.*

…………………….……………………………………

(podpis osoby uprawnionej
 do reprezentowania podmiotu i pieczęć)

**ZAŁĄCZNIK NR 5 do wniosku**

Projekt zakresu obowiązków pracownika(ów) zatrudnionego(ych) na wyposażanym(ych) lub doposażonym(ych) stanowisku(ach) pracy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko (zgodne z klasyfikacją zawodów)** | **Zakres obowiązków pracownika(ów) zatrudnionego(ych)na wyposażanym(ych) lub doposażonym(ych) stanowisku(ach) pracy** |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

……………………………
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania
 podmiotu i pieczęć )

**ZAŁĄCZNIK NR 6 do wniosku**

* 1. W ramach trwania umowy jako Pracodawca zamierzam inwestować w rozwój pracownika:
* TAK
* NIE

Jeżeli TAK proszę napisać w jakiej formie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Proszę wskazać możliwości Pracodawcy w zakresie utrzymania nowotworzonego stanowiska pracy na okres 24 miesięcy

|  |
| --- |
|  |

* 1. Gwarantuję, że miejsce pracy zostanie utworzone dla osoby z niepełnosprawnością:
* Tak
* Nie
	1. Deklaruję, że zatrudnię po ustaniu umowy tj. po 24 miesiącach pracownika:
* Nie
* Tak

Jeżeli tak to na jaki okres:

* 6 m-cy od zakończenia wsparcia w ramach utworzenia miejsca pracy tj. po 24 miesiącach
* 9 m-cy od zakończenia wsparcia w ramach utworzenia miejsca pracy tj. po 24 miesiącach
* 12 m-cy od zakończenia wsparcia ramach utworzenia miejsca pracy tj. po 24 miesiącach

…………………….……………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu i pieczęć )

**ZAŁĄCZNIK NR 7 do wniosku**

**Oświadczenie RODO**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/79 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO)oraz w związku z realizacją/przystąpieniem do projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 pn. „Otwórz się na zmiany II” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych jest:
* w odniesieniu do zbioru: Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020 - Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
* w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa
1. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
* Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020, e-mail inspektor@umwd.pl;
* Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, e-mail iod@miir.gov.pl;
1. Moje dane osobowe przetwarzane są/będą 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, a także w celach związanych z odzyskiwaniem środków, celach archiwalnych oraz statystycznych;
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. b) i c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych RODO;
3. W zakresie zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
* rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
* rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
* ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
* rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
1. Odbiorcami moich danych osobowych będą: Instytucja Pośrednicząca RPO WD 2014 – 2020, Beneficjent, Partner (jeśli dotyczy) oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom świadczącym usługi w związku z realizacją projektu/RPO WD 2014-2020 na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WD 2014 – 2020, Instytucji Pośredniczącej RPO WD 2014 – 2020 lub beneficjenta m.in. w zakresie badań ewaluacyjnych, kontroli i audytu w ramach RPO WD 2014 – 2020, informacji i promocji projektu/RPO WD 2014-2020;
2. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby rozliczenia projektu, na potrzeby rozliczenia i zamknięcia RPO WD 2014 – 2020 oraz do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji;
3. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. W zakresie danych szczególnych kategorii (o których mowa w art. 9 RODO), mam prawo odmowy ich podania, jednakże odmowa podania informacji dotyczących tych danych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie;
4. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. W tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy;
5. Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

 …………………………………………………………..

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania
 podmiotu i pieczęć )