

DANE DO UBEZPIECZENIA CZŁONKÓW RODZINY

w ramach projektu „Wsparcie w drugim starcie – staże i nie tylko dla osób w wieku 30 lat i więcej”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020
Oś Priorytetowa VII Regionalny rynek pracy
Działanie 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy - projekty konkursowe

A. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA											
Imię i nazwisko Uczestnika/-czki Projektu											
PESEL Uczestnika/-czki Projektu											

B. DANE CZŁONKÓW RODZINY ZGŁASZANYCH DO UBEZPIECZENIA	
OSOBA I	
Imię i nazwisko członka rodziny	
PESEL	_____
Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa ¹ (syn, córka, mąż, żona)	
Stopień niepełnosprawności (jeśli posiada)	
Czy członek rodziny zamieszkuje w jednym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną: <input type="checkbox"/> Tak Nie <input type="checkbox"/>	
Czy adres zamieszkania członka rodziny jest zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego: <input type="checkbox"/> Tak Nie <input type="checkbox"/> Jeśli nie, podać adres zamieszkania członka rodziny:	
OSOBA II	
Imię i nazwisko członka rodziny	
PESEL	_____
Data urodzenia	

¹ Dziecko własne, przysposobione, dziecko drugiego małżonka oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia przez nie 26 lat, natomiast jeżeli jest niepełnosprawne w stopniu znacznym bez ograniczeń wiek, 01- Małżonek



Stopień pokrewieństwa (syn, córka, mąż, żona)	
Stopień niepełnosprawności (jeśli posiada)	
Czy członek rodziny zamieszkuje w jednym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną: <input type="checkbox"/> Tak Nie <input type="checkbox"/>	
Czy adres zamieszkania członka rodziny jest zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego: <input type="checkbox"/> Tak Nie <input type="checkbox"/> Jeśli nie, podać adres zamieszkania członka rodziny:	
OSOBA III	
Imię i nazwisko członka rodziny	
PESEL	_____
Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa (syn, córka, mąż, żona)	
Stopień niepełnosprawności (jeśli posiada)	
Czy członek rodziny zamieszkuje w jednym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną: <input type="checkbox"/> Tak Nie <input type="checkbox"/>	
Czy adres zamieszkania członka rodziny jest zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego: <input type="checkbox"/> Tak Nie <input type="checkbox"/> Jeśli nie, podać adres zamieszkania członka rodziny:	

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta/ Partnera Projektu w przypadku zmiany danych podanych w powyższym kwestionariuszu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Beneficjenta/ Partnera Projektu oraz podmioty świadczące usługi na rzecz Beneficjenta/ Partnera Projektu, a także posiadam zgodę na przetwarzanie danych osób, których dotyczy niniejszy formularz do celów niezbędnych w realizacji projektu „Wsparcie w drugim starcie – staże i nie tylko dla osób w wieku 30 lat i więcej” zgodnie z zapisami 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1), inaczej „RODO”.

.....
Data i podpis Uczestnika/-czki Projektu

BENEFICJENT:
ProM Dagmara Lech

PARTNER:
STAWIL Sp. z o.o.

BIURO PROJEKU:
ul. Langiewicza 29, 35-021 Rzeszów
start@stawil.pl | <http://start.stawil.pl>



WSPARCIE W DRUGIM STARCIE
- staże i nie tylko dla osób w wieku
30 lat i więcej