*Załącznik nr 1 do Regulaminu Wojewódzkiego Zespołu ds. Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji*

**Formularz zgłoszeniowy kandydata na członka   
Wojewódzkiego Zespołu ds. Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***I. Dane kandydata:*** | | |
| 1 | Imię (imiona) i nazwisko |  |
| 2 | Adres do korespondencji i dane kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail) |  |
| 3 | Wykształcenie, w tym tytuł i zawód |  |
| 4 | Miejsce zatrudnienia/pełnienia funkcji, stanowisko/funkcja |  |
| ***II. Doświadczenie kandydata:*** | | |
| 1 | Łączny staż pracy w obszarach zgodnych z celem działania WZDI |  |
| 2 | Przebieg kariery zawodowej w zakresie zgodnym z celem działania WZDI  *Proszę podać okresy i miejsca zatrudnienia oraz pełnione funkcje.* |  |
|  | Doświadczenie w zakresie przedmiotowym:   1. system pomocy społecznej; 2. wsparcie rodziny i system pieczy zastępczej; 3. sektor ekonomii społecznej; 4. integracja społeczna i zawodowa; 5. rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych.   *Proszę wskazać odpowiedni zakres/-y i opisać.* |  |
| 4 | Doświadczenie w zakresie badania/planowania/organizacji/realizacji usług społecznych  *Proszę podać okresy i miejsca zatrudnienia oraz pełnione funkcje.* |  |
| 5 | Członkostwo w organizacji pozarządowej  tak/nie (niepotrzebne skreślić)  *W przypadku odpowiedzi „tak” proszę wpisać pełną nazwę organizacji społecznej oraz jej siedzibę* |  |
| ***III. Uzasadnienie ubiegania się o członkostwo***  ***w*** ***Wojewódzkim Zespole ds. Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji:*** | | |
|  | | |

Oświadczenia:

* Oświadczam, że nie byłem/łam skazany/aprawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.
* Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
* Oświadczam, że nie będę wnosił/a żadnych roszczeń finansowych wobec Województwa Śląskiego z tytułu pracy w Wojewódzkim Zespole ds. Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Wojewódzkiego Zespołu ds. Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji.

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (dalej: RODO), informujemy, że:

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego z siedzibą w Katowicach ul. Modelarska 10, kod pocztowy 40-142, e‑mail: rops@rops-katowice.pl, tel. 32 730 68 68.
* Dane kontaktowe inspektora ochrony danych w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej Województwa Śląskiego z siedzibą w Katowicach ul. Modelarska 10, kod pocztowy 40-142 to: e‑mail: iod@rops-katowice.
* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procedury wyboru członków Wojewódzkiego Zespołu ds. Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji, do prowadzenia czynności administracyjnych związanych z pracą w Zespole oraz w celach archiwalnych.
* Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w powyższym celu jest Pani/Pana zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) oraz art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).
* Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, Marszałkowi Województwa Śląskiego oraz Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Śląskiego, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom zajmującym się archiwizacją, a w zakresie danych korespondencyjnych operatorowi pocztowemu lub kurierowi. Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Samorządu Województwa Śląskiego i BIP Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Województwa Śląskiego. Dane osobowe będą ponadto upubliczniane wraz z Pani/Pana wizerunkiem na stronach internetowych zawierających informacje dotyczące prac Zespołu, w tym na stronach internetowych: www.rops-katowice.pl i www.slaskie.pl.
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji.
* Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
* Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
* Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Brak zgody skutkuje odrzuceniem Formularza zgłoszeniowego oraz możliwości ubiegania się o członkostwo w Wojewódzkim Zespole ds. Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji.
* Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
* Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**Klauzula zgody**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego z siedzibą w Katowicach moich danych osobowych zawartych na niniejszym formularzu w następujących celach: przeprowadzenia procedury wyboru członków Wojewódzkiego Zespołu ds. Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji, prowadzenia czynności administracyjnych związanych z pracą w Zespole oraz w celach archiwalnych.

Przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Nie będzie to miało wpływu na przetwarzanie, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................... |  | ............................................................ |
| miejscowość i data wypełnienia |  | czytelny podpis kandydata |

**Wyrażam zgodę na kandydowanie i potwierdzam prawdziwość danych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym własnoręcznym podpisem.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................... |  | ............................................................ |
| miejscowość i data wypełnienia |  | czytelny podpis kandydata |