

**Załącznik nr 4**  
do Regulaminu Organizacyjnego  
Klubu Integracji Społecznej  
Gminy Lubawa

.....  
(miejscowość , data)

**FORMULARZ MONITORUJĄCY**

**Absolwenta/ki Klubu Integracji Społecznej Gminy Lubawa**

UZUPEŁNIA ABSOLWENT/-KA KLUBU INTEGRACJI SPOŁECZNEJ GMINY LUBAWA			
nazwisko			
imię/na			
PESEL			
data urodzenia			
miejsce urodzenia			
miejsce zamieszkania			
powiat			
województwo			
telefon			
adres e- mail			
płeć	kobieta <input type="checkbox"/>	mężczyzna	<input type="checkbox"/>
opieka nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną	tak <input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
wykształcenie	brak <input type="checkbox"/>	podstawowe	<input type="checkbox"/>
	gimnazjalne <input type="checkbox"/>	zawodowe	<input type="checkbox"/>
	średnie <input type="checkbox"/>	wyższe	<input type="checkbox"/>
status na rynku pracy	bezrobotny/na <input type="checkbox"/>	długotrwale bezrobotny/na	<input type="checkbox"/>
	nieaktywny/na zawodowo <input type="checkbox"/>	zatrudniony/na	<input type="checkbox"/>
jestem osobą zatrudnioną w :	brak <input type="checkbox"/>	rolnik	<input type="checkbox"/>
	samozatrudniony <input type="checkbox"/>	zatrudniony/na w administracji publicznej	<input type="checkbox"/>
	zatrudniony/na w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/>	zatrudniony /na w średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>

	zatrudniony/na w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/>	zatrudniony/na w mikro przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/>
jestem osobą niepełnosprawną – posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	tak <input type="checkbox"/> stopień niepełnosprawności .....	nie <input type="checkbox"/>
ostatnie miejsce pracy		
staż pracy ogółem		
ukończone kursy/ dodatkowe kwalifikacje zawodowe		

**Oświadczam, że:**

1. Dane zawarte w FORMULARZU MONITORUJĄCYM zgodne są ze stanem prawnym i faktycznym.
2. Zostałem(łam) pouczoney(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
(data i podpis absolwenta KIS)

**Wyrażam zgodę na:**

Przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych wrażliwych. Jednocześnie oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych oraz danych wrażliwych jest Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.
2. Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt. 2 lub art. 27 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji działań Klubu Integracji Społecznej.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji działań KIS, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa wszelkich dokumentów przedstawiających wizerunek mojej osoby (zdjęcia itp.) w celach upublicznienia tych dokumentów w takich mediach jak: Internet, prasa, telewizja itp. Dodatkowo zastrzegam, że publikacja tych dokumentów będzie się odbywać w taki sposób, aby niewskazywany na powiązanie z imieniem i nazwiskiem lub sposobem bezpośredniego kontaktu (bez adresu zamieszkania, numeru telefonu).
5. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
(data i podpis absolwenta KIS)