**Załącznik nr 5 do umowy –** Wzór zakresu danych osobowych powierzonych do przetwarzania

Zbiór Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020

1. Zakres danych osobowych użytkowników Centralnego systemu teleinformatycznego,

wnioskodawców, beneficjentów/partnerów

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |
|  | Użytkownicy Centralnego systemu teleinformatycznego ze strony instytucji zaangażowanychw realizację programów |
| 1 | Imię |
| 2 | Nazwisko |
| 3 | Miejsce pracy |
| 4 | Adres e-mail |
| 5 | Login |
|  | Użytkownicy Centralnego systemu teleinformatycznego ze strony beneficjentów/partnerówprojektów (osoby uprawnione do podejmowania decyzji wiążących w imieniubeneficjenta/partnera) |
| 1 | Imię |
| 2 | Nazwisko |
| 3 | Telefon |
| 4 | Adres e-mail |
| 5 | Kraj |
| 6 | PESEL |
|  | **Wnioskodawcy** |
| 1 | Nazwa wnioskodawcy |
| 2 | Forma prawna |
| 3 | Forma własności |
| 4 | NIP |
| 5 | Kraj |
| 6 | Adres:UlicaNr budynkuNr lokaluKod pocztowyMiejscowośćTelefonFaxAdres e-mailBeneficjenci/Partnerzy |
|  | **Beneficjenci/Partnerzy** |
| 1 | Nazwa beneficjenta/partnera |
| 2 | Forma prawna beneficjenta/partnera |
| 3 | Forma własności |
| 4 | NIP |
| 5 | REGON |
| 6 | Adres:UlicaNr budynkuNr lokaluKod pocztowyMiejscowośćTelefonFaxAdres e-mail |
| 7 | Kraj |
| 8 | Numer rachunku beneficjenta/odbiorcy |

Dane uczestników instytucjonalnych (osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność

gospodarczą)

|  |  |
| --- | --- |
| Lp | Nazwa |
| 1 | Kraj |
| 2 | Nazwa instytucji |
| 3 | NIP |
| 4 | Typ instytucji |
| 5 | Województwo |
| 6 | Powiat |
| 7 | Gmina |
| 8 | Miejscowość |
| 9 | Ulica |
| 10 | Nr budynku |
| 11 | Nr lokalu |
| 12 | Kod pocztowy |
| 13 | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) |
| 14 | Telefon kontaktowy |
| 15 | Adres e-mail |
| 16 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |
| 17 | Data zakończenia udziału w projekcie |
| 18 | Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji |
| 19 | Rodzaj przyznanego wsparcia |
| 20 | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu |
| 21 | Data zakończenia udziału we wsparciu |

Dane uczestników indywidualnych

|  |  |
| --- | --- |
| Lp | Nazwa |
| 1 | Kraj |
| 2 | Rodzaj uczestnika |
| 3 | Nazwa instytucji |
| 4 | Imię |
| 5 | Nazwisko |
| 6 | PESEL |
| 7 | Płeć |
| 8 | Wiek w chwili przystępowania do projektu |
| 9 | Wykształcenie |
| 10 | Województwo |
| 11 | Powiat |
| 12 | Gmina |
| 13 | Miejscowość |
| 14 | Ulica |
| 15 | Nr budynku |
| 16 | Nr lokalu |
| 17 | Kod pocztowy |
| 18 | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) |
| 19 | Telefon kontaktowy |
| 20 | Adres e-mail |
| 21 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |
| 22 | Data zakończenia udziału w projekcie |
| 23 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu |
| 24 | Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano zewsparcia |
| 25 | Wykonywany zawód |
| 26 | Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) |
| 27 | Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |
| 28 | Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM - Inicjatywy na rzecz ZatrudnieniaMłodych) |
| 29 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |
| 30 | Rodzaj przyznanego wsparcia |
| 31 | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu |
| 32 | Data zakończenia udziału we wsparciu |
| 33 | Data założenia działalności gospodarczej |
| 34 | Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej |
| 35 | PKD założonej działalności gospodarczej |
| 36 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |
| 37 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |
| 38 | Osoba z niepełnosprawnościami |
| 39 | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |
| 40 | W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |
| 41 | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających nautrzymaniu |
| 42 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) |

Dane dotyczące personelu projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| Lp | Nazwa |
| 1 | Imię |
| 2 | Nazwisko |
| 3 | Kraj |
| 4 | PESEL |
| 5 | Forma zaangażowania |
| 6 | Okres zaangażowania w projekcie |
| 7 | Wymiar czasu pracy |
| 8 | Stanowisko |
| 9 | Adres:UlicaNr budynkuNr lokaluKod pocztowyMiejscowość |
| 10 | Nr rachunku bankowego |
| 11 | Kwota wynagrodzenia |

Osoby fizyczne i osoby prowadzące działalność gospodarczą, których dane będą przetwarzane w związku z badaniem kwalifikowalności środków w projekcie

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |
| 1 | Nazwa wykonawcy |
| 2 | Imię |
| 3 | Nazwisko |
| 4 | Kraj |
| 5 | NIP |
| 6 |  PESEL |
| 7 | Adres:UlicaNr budynkuNr lokaluKod pocztowyMiejscowość |
| 8 | Nr rachunku bankowego |
| 9 | Kwota wynagrodzenia |