|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Logo Programu Regionalnego | Flaga Rzeczypospolitej Polskiej | Herb Województwa Świętokrzyskiego | Flaga Unii Europejskiej |

**Załącznik nr 5 do umowy/decyzji o dofinansowanie projektu: Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania** **w związku z realizacją Projektu w ramach RPOWŚ 2014-2020**

**• Zbiór Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020**

**Wnioskodawcy, beneficjenci i partnerzy oraz ich pracownicy, którzy aplikują o środki unijne i realizują projekty w ramach RPO WŚ 2014-2020**

**Zakres danych osobowych, wnioskodawców, beneficjentów, partnerów**

| **Lp.** | **Nazwa** |
| --- | --- |
|  | Nazwa wnioskodawcy (beneficjenta) |
|  | Forma prawna |
|  | Forma własności |
|  | NIP |
|  | REGON |
|  | PKD |
|  | KRS |
|  | Adres siedziby:  Ulica  Nr budynku  Nr lokalu  Kod pocztowy  Miejscowość  Kraj  Województwo  Powiat  Gmina  Telefon  Fax  Adres e-mail  Adres strony www |
|  | Osoba/y uprawniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu wnioskodawcy |
|  | Numer rachunku bankowego |
|  | Osoba do kontaktów:  Imię  Nazwisko  Numer telefonu  Adres e-mail  Numer faksu  Adres  Ulica  Nr budynku  Nr lokalu  Kod pocztowy  Miejscowość |
|  | Partnerzy |
|  | Nazwa organizacji/instytucji |
|  | Forma prawna |
|  | Forma własności |
|  | NIP |
|  | REGON |
|  | Adres siedziby:  Ulica  Nr budynku  Nr lokalu  Kod pocztowy  Miejscowość  Kraj  Województwo  Powiat  Gmina  Telefon  Fax  Adres e-mail  Adres strony www |
|  | Osoba/y uprawniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu partnera |
|  | Numer rachunku bankowego |

**Dane związane z badaniem kwalifikowalności wydatków w projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Kwalifikowalność środków w projekcie zgodnie z *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* |

**Dane uczestników instytucjonalnych (w tym osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą)**

| **Lp.** | **Nazwa** |
| --- | --- |
|  | Kraj |
|  | Nazwa instytucji |
|  | NIP |
|  | REGON |
|  | Typ instytucji |
|  | Województwo |
|  | Powiat |
|  | Gmina |
|  | Miejscowość |
|  | Ulica |
|  | Nr budynku |
|  | Nr lokalu |
|  | Kod pocztowy |
|  | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) |
|  | Telefon kontaktowy |
|  | Adres e-mail |
|  | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |
|  | Data zakończenia udziału w projekcie |
|  | Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji |
|  | Rodzaj przyznanego wsparcia |
|  | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu |
|  | Data zakończenia udziału we wsparciu |
|  | Kwota wynagrodzenia |
|  | Numer rachunku bankowego |

**Dane uczestników indywidualnych**

| **Lp.** | **Nazwa** |
| --- | --- |
|  | Kraj |
|  | Rodzaj uczestnika |
|  | Nazwa instytucji |
|  | Imię |
|  | Nazwisko |
|  | PESEL |
|  | NIP |
|  | Płeć |
|  | Wiek w chwili przystępowania do projektu |
|  | Wykształcenie |
|  | Województwo |
|  | Powiat |
|  | Gmina |
|  | Miejscowość |
|  | Ulica |
|  | Nr budynku |
|  | Nr lokalu |
|  | Kod pocztowy |
|  | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) |
|  | Telefon kontaktowy |
|  | Adres e-mail |
|  | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |
|  | Data zakończenia udziału w projekcie |
|  | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu |
|  | Wykonywany zawód |
|  | Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) |
|  | Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |
|  | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |
|  | Rodzaj przyznanego wsparcia |
|  | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu |
|  | Data zakończenia udziału we wsparciu |
|  | Data założenia działalności gospodarczej |
|  | Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej |
|  | PKD założonej działalności gospodarczej |
|  | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia\* |
|  | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |
|  | Osoba z niepełnosprawnościami\* |
|  | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |
|  | W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |
|  | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu |
|  | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)\* |
|  | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata  2014-2020 / zatwierdzonym do realizacji Rocznym Planem Działania/ zatwierdzonym  do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu |
|  | Kwota wynagrodzenia |
|  | Numer rachunku bankowego |

\* Dane wrażliwe.

**Dane pracowników zaangażowanych w przygotowanie i realizację projektów, oraz dane pracowników instytucji zaangażowanych we wdrażanie RPO WŚ 2014-2020, którzy zajmują się obsługą projektów**

| **Lp.** | **Nazwa** |
| --- | --- |
|  | Imię |
|  | Nazwisko |
|  | Adres e-mail |
|  | Rodzaj użytkownika |
|  | Identyfikator użytkownika |
|  | Miejsce pracy |
|  | Nazwa Instytucji (Ulica, Nr budynku, Nr lokalu, Kod pocztowy, Miejscowość, Gmina, Powiat, Województwo) |
|  | NIP |
|  | REGON |
|  | Numer telefonu |
|  | Nazwa wnioskodawcy/beneficjenta |
|  | Kwota wynagrodzenia |
|  | Numer rachunku bankowego |
|  | Adres zamieszkania (Ulica, Nr budynku, Nr lokalu, Kod pocztowy, Miejscowość, Gmina, Powiat, Województwo) |

**Dane dotyczące personelu projektu**

| **Lp.** | **Nazwa** |
| --- | --- |
|  | Imię |
|  | Nazwisko |
|  | Kraj |
|  | PESEL |
|  | Nazwa Instytucji (Ulica, Nr budynku, Nr lokalu, Kod pocztowy, Miejscowość, Gmina, Powiat, Województwo) |
|  | NIP |
|  | REGON |
|  | Forma zaangażowania |
|  | Okres zaangażowania w projekcie |
|  | Wymiar czasu pracy |
|  | Godziny czasu pracy |
|  | Stanowisko |
|  | Data zaangażowania w projekcie |
|  | Kwota wynagrodzenia |
|  | Numer rachunku bankowego |
|  | Adres zamieszkania (Ulica, Nr budynku, Nr lokalu, Kod pocztowy, Miejscowość, Gmina, Powiat, Województwo) |

**Uczestnicy szkoleń, konkursów i konferencji** (osoby biorące udział w szkoleniach, konkursach i konferencjach oraz innych spotkaniach w związku z realizacją RPO WŚ 2014-2020, inne niż uczestnicy w rozumieniu definicji uczestnika określonej w *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020*)

| **Lp.** | **Nazwa** |
| --- | --- |
|  | Imię |
|  | Nazwisko |
|  | Nazwa instytucji/organizacji (Ulica, Nr budynku, Nr lokalu, Kod pocztowy, Miejscowość, Gmina, Powiat, Województwo) |
|  | NIP |
|  | REGON |
|  | Adres e-mail |
|  | Telefon |
|  | Specjalne potrzeby |

* **Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania w zbiorze *Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych*;**

1. Zakres danych osobowych użytkowników Centralnego systemu teleinformatycznego, wnioskodawców, beneficjentów/partnerów.

| **Lp.** | **Nazwa** |
| --- | --- |
|  | **Użytkownicy Centralnego systemu teleinformatycznego ze strony instytucji zaangażowanej w realizację programów** |
| 1 | Imię |
| 2 | Nazwisko |
| 3 | Miejsce pracy |
| 4 | Adres e-mail |
| 5 | Login |
|  | **Użytkownicy Centralnego systemu teleinformatycznego ze strony beneficjentów/partnerów projektów** (osoby uprawnione do podejmowania decyzji wiążących w imieniu beneficjenta/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:  Ulica  Nr budynku  Nr lokalu  Kod pocztowy  Miejscowość  Telefon  Fax  Adres e-mail |
|  | **Beneficjenci/Partnerzy** |
| 1 | Nazwa beneficjenta/partnera |
| 2 | Forma prawna beneficjenta/partnera |
| 3 | Forma własności |
| 4 | NIP |
| 5 | REGON |
| 6 | Adres:  Ulica  Nr budynku  Nr lokalu  Kod pocztowy  Miejscowość  Telefon  Fax  Adres e-mail |
| 7 | Kraj |
| 8 | Numer rachunku beneficjenta/odbiorcy |

1. Dane uczestników instytucjonalnych (w tym 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 wparciu |
| 21 | Data zakończenia udziału we wparciu |

1. 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 | Wykonywany zawód |
| 25 | Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) |
| 26 | Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |
| 27 | Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM – Inicjatywy na rzecz Zatrudnienia Młodych) |
| 28 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |
| 29 | Rodzaj przyznanego wsparcia |
| 30 | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu |
| 31 | Data zakończenia udziału we wsparciu |
| 32 | Data założenia działalności gospodarczej |
| 33 | Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej |
| 34 | PKD założonej działalności gospodarczej |
| 35 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |
| 36 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |
| 37 | Osoba z niepełnosprawnościami |
| 38 | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |
| 39 | W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |
| 40 | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu |
| 41 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) |

1. 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 |

Wykonawcy realizujący umowy o zamówienie publiczne, których dane przetwarzane będą w związku z badaniem kwalifikowalności środków w projekcie (osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą)

| **Lp.** | **Nazwa** |
| --- | --- |
| 1 | Nazwa wykonawcy |
| 2 | Kraj |
| 3 | NIP wykonawcy |