



Wpłynęło:

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w projekcie „Poprawa jakości świadczenia usług w jednostkach służby zdrowia”

Imię		Nazwisko	
PESEL		Płeć	
		☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	
Dane kontaktowe:			
Województwo	Powiat	Gmina	Miejscowość
Ulica	Numer budynku	Numer lokalu	Kod pocztowy
Adres e-mail		Telefon kontaktowy	
Stanowisko pracy			
☐ pracownik administracyjny mający kontakt z pacjentem (np. rejestratorki/rejestratorzy) ☐ kadra medyczna posiadająca w zakresie obowiązków funkcje administracyjne (np. ordynator, pielęgniarka oddziałowa, itp.); ☐ pracownik pionu administracyjnego nie mający kontaktu z pacjentem ☐ pracownik organu założycielskiego podmiotu leczniczego lub NFZ. ☐ kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi ☐ inny: jaki?			
Praca w POZ			
☐ jestem zatrudniony/a (bez względu na formę zatrudnienia) w podmiocie leczniczym świadczącym podstawową opiekę zdrowotną ☐ jestem pracownikiem wykonującym pracę w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej ☐ nie jestem zatrudniony/a (bez względu na formę zatrudnienia) w podmiocie leczniczym świadczącym podstawową opiekę zdrowotną			
Wykształcenie			
☐ niższe niż podstawowe ☐ ponadgimnazjalne (ukończone liceum/technikum) ☐ podstawowe ☐ policealne (ukończona szkoła policealna) ☐ gimnazjalne ☐ wyższe			
Status na rynku pracy			
☐ osoba pracująca: ☐ w administracji rządowej ☐ w administracji samorządowej ☐ w organizacji pozarządowej ☐ w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie ☐ w dużym przedsiębiorstwie ☐ inne ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ <u>pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</u> ☐ rolnik ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ inny			



Nazwa i adres przedsiębiorstwa/institucji, której jest Pan/Pani pracownikiem:	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji ☐ TAK
2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ NIE ☐ TAK
3. Osoba z niepełnosprawnościami	☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji ☐ TAK
4. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	☐ NIE ☐ TAK
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	☐ NIE ☐ TAK
5. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	☐ NIE ☐ TAK
6. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji ☐ TAK

Ja, niżej podpisany/a zgłaszam chęć udziału w szkoleniach realizowanych w ramach projektu „**Poprawa jakości świadczenia usług w jednostkach służby zdrowia**” realizowanego przez Uczelnię Techniczno-Handlową im. Heleny Chodkowskiej z siedzibą w Warszawie oraz Centrum Skutecznego Działania Ariadna Leśniewska z siedzibą w Krakowie i pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- 1) przystępuję do udziału w projekcie z własnej inicjatywy,
- 2) zapoznałem/zapoznałam się z *Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie „Poprawa jakości świadczenia usług w jednostkach służby zdrowia”* i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień,
- 3) spełniam kryteria grupy docelowej opisane w par. 2 Regulaminu,
- 4) jestem pracownikiem wykonującym administracyjne czynności zawodowe w jednostce systemu ochrony zdrowia,
- 5) nie jestem pracownikiem Organizatora (Uczelni Techniczno-Handlowej im. Heleny Chodkowskiej lub Centrum Skutecznego Działania Ariadna Leśniewska),
- 6) nie jestem pracownikiem Pracodawcy powiązanego z Organizatorem,
- 7) podane dane są zgodne z prawdą,
- 8) zostałem poinformowany, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
Data

.....
Podpis



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja,, PESEL:
imię i nazwisko

w związku z przystąpieniem do projektu pn. *Poprawa jakości świadczenia usług w jednostkach służby zdrowia* (nr projektu POWR.05.02.00-00-0030/16) oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy Plac Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu *Poprawa jakości świadczenia usług w jednostkach służby zdrowia* (nr projektu POWR.05.02.00-00-0030/16) w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministrowi Zdrowia z siedzibą przy ul. Miodowej 15, 00-952, Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Uczelni Techniczno-Handlowej im. Heleny Chodkowskiej z siedzibą przy ul. Jagiellońskiej 82F, 03-301 Warszawa, partnerowi: Centrum Skutecznego Działania Ariadna Leśniewska z siedzibą w Krakowie przy ul. Wielickiej 25, 30-552 Kraków oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
 5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
 6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
 7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
 8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU