



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		☐ nauczyciel kształcenia zawodowego	
☐ w administracji samorządowej		☐ nauczyciel kształcenia ogólnego	
☐ w organizacji pozarządowej		☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego	
☐ w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie		☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	
☐ w dużym przedsiębiorstwie		☐ pracownik instytucji rynku pracy	
☐ inne		☐ <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/instytucji, 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 (inne 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



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

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) przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – 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, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - 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. Jutrzenki 135, 02-231 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 Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.



5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a 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. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie¹:
 - 1) 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,
 - 2) 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,
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - 4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).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. Jutrzenki 135, 02-231, 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 Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl.
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

¹ Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.