FORMULARZ ZGŁOSZENIA KADRY MEDYCZNEJ DO PROJEKTU

„Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji"

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.1 Programy profilaktyczne - Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, na podstawie umowy nr POWR.05.01.00-00-0005/20, realizowanego na terenie województw mazowieckiego i łódzkiego. Program realizowany w partnerstwie z Fundacją Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE).

DANE INSTYTUCJI

Nazwa instytucji	
Adres siedziby (ulica, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)	
województwo	
powiat	
gmina	
Telefon kontaktowy, fax	
Adres e- mail	
Adres strony www	
NIP	
REGON	
Pieczątka instytucji	

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię (imiona)	
Nazwisko	
Data urodzenia	

PESEL		
Płeć	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna
Wykształcenie	☐ podstawowe (ISCED1) ☐ gimnazjalne (ISCED2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED3) (średnie/zasadnicze zawodowe) ☐ policealne (ISCED4) ☐ wyższe (ISCED5 – ISCED8) ☐ inne, jakie……..	

Dane kontaktowe uczestnika Projektu		
Kraj		
Województwo	☐ łódzkie	☐ mazowieckie
Powiat		
Gmina		
Miejscowość		
Ulica, numer budynku		
Kod pocztowy		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do	☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy[1] ☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy[2] ☐ Osoba bierna zawodowo

[1]**Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy** - osoba bezrobotna (tj. pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia) jednak niepozostająca w rejestrach urzędów pracy. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

[2]**Osoba bezrobotna** - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osobę zarejestrowaną jako bezrobotną zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełnia ona wszystkich trzech kryteriów. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

projektu	☐ Osoba bierna zawodowo w trakcie poszukiwania pracy ☐ Osoba pracująca Wykonywany zawód (nr prawa wykonywanego zawodu):……... …… Nazwa miejsca pracy: ……
Miejsce zatrudnienia osoby w chwili przystąpienia do projektu	☐ w administracji rządowej ☐ w administracji samorządowej ☐ w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie ☐ w dużym przedsiębiorstwie ☐ w organizacji pozarządowej ☐ prowadząca działalność na własny rachunek ☐ inne ……..
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że

1. Przed przystąpieniem do Projektu zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.
2. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pt. „Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji" realizowanym przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w partnerstwie z Fundacją Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE).
3. Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa V. Wsparcie dla obszaru zdrowia. Działanie 5.1. Programy profilaktyczne, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu. Zobowiązuję się do przekazywania informacji na temat swojej sytuacji po opuszczeniu Projektu.
5. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej) oraz zobowiązania do pisemnego potwierdzenia odmowy podania w/w danych.
6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Projektodawcy o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych oraz innych informacji wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

Oświadczam, że wszystkie zawarte w formularzu informacje są prawdziwe.

.....	.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Wypełnia członek personelu Projektu

Data przyjęcia dokumentów rekrutacyjnych.....

Data przyjęcia uczestnika do Projektu.....

Podpis koordynatora.....

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

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

W związku z przystąpieniem do projektu pt. „**Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji" nr umowy POWR.05.01.00-00-0005/20** przyjmuję do wiadomości, że:

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:
    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.);
    d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. 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 w zbiorach „Program Operacyjny Wiedza Edukacja, Rozwój", „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizacje programów operacyjnych".
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pt. **„Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji"**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Ministerstwo Zdrowia**, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, Beneficjentowi realizującemu Projekt - **Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher,** 02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1, partnerowi realizującemu projekt -

Fundacja Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE), 02-972 Warszawa, ul. Adama Branickiego 14/3 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. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.

6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. 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.
9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
12. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
13. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych -z Inspektorem Ochrony Danych- wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Dariusz Skowera - sekretariat.dyrektora@spartanska.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@mfipr.gov.pl.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Jeżeli spełnione są przesłanki o kreślone w art. 16 i 18 RODO.
15. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
16. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie oraz monitoringu 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". Dla tego zbioru mają zastosowanie informacje jak powyżej[3]

…….. MIEJSCOWOŚĆ I DATA

…….. CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU * /podpisano elektronicznie/**

[3] 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 ramach Działania 1.3 lub 1.2.