

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

**„Przeprowadzenie akcji edukacyjno-informacyjnej w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Pilotażowy program profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski”**

|  |  |
| --- | --- |
| **BENEFICJENT** | **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny**  |
| **NUMER PROJEKTU** | **POWR.05.01.00-00-0012/19** |

**ZAKRES DANYCH NT. UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW WSPÓŁFINANSOWANYCH Z EFS GROMADZONYCH W CENTRALNYM SYSTEMIE TELEINFORMATYCZNYM**

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA** |
| **Należy zaznaczyć znakiem „X” właściwe pole w każdym z wierszy poniżej** |
| **Imię**  |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Numer prawa wykonywania zawodu** |  |
| **Płeć**  | [ ]  **Kobieta**[ ]  **Mężczyzna** |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  |
| **Wykształcenie** | [ ]  **Niższe niż podstawowe**[ ]  **Podstawowe**[ ]  **Gimnazjalne**[ ]  **Ponad gimnazjalne**[ ]  **Policealne**[ ]  **Wyższe** |
| **DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA** |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| **Tel. Kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| **Należy zaznaczyć znakiem „X” właściwe pole w każdym z wierszy poniżej** |
| [ ]  **Osoba bierna zawodowo** | [ ]  Osoba ucząca się[ ]  Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[ ]  Inne  |
| [ ]  **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** [ ]  **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** | [ ]  Osoba długotrwale bezrobotna[ ]  Inne |
| [ ]  **Osoba prowadząca działalność na własny rachunek**[ ]  **Osoba pracująca w administracji rządowej**[ ]  **Osoba pracująca** **w administracji samorządowej**[ ]  **Osoba pracująca w MMŚP**[ ]  **Osoba pracująca w organizacji pozarządowej**[ ]  **Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie**[ ]  **Inne****Zatrudniony/a w (proszę wskazać miejsce zatrudnienia):**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | **Wykonywany zawód:**[ ]  Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia [ ]  Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej[ ]  Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej [ ]  Instruktor praktycznej nauki zawodu[ ]  Nauczyciel kształcenia ogólnego[ ]  Nauczyciel wychowania przedszkolnego[ ]  Nauczyciel kształcenia zawodowego[ ]  Pracownik instytucji rynku pracy[ ]  Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego[ ]  Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej [ ]  Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej[ ]  Rolnik [ ]  Inny |
| **SZCZEGÓLNA SYTUACJA** |
| **Należy zaznaczyć znakiem „X” właściwe pole w każdym z wierszy poniżej** |
| [ ]  **Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, jestem migrantem, jestem osobą obcego pochodzenia**  | [ ]  tak[ ]  nie[ ]  odmawiam odpowiedzi |
| [ ]  **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | [ ]  tak[ ]  nie[ ]  odmawiam odpowiedzi |
| [ ]  **Jestem osobą z niepełnosprawnościami** | [ ]  tak[ ]  nie[ ]  odmawiam odpowiedzi |
| [ ]  **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** | [ ]  tak[ ]  nie[ ]  odmawiam odpowiedzi |
| **Czy ma Pan/Pani szczególne potrzeby, które powinny zostać spełnione aby umożliwić udział w szkoleniu?** | ☐ nie[ ]  tak (proszę opisać jakie) |



**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 pn. **„Przeprowadzenie akcji edukacyjno-informacyjnej w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Pilotażowy program profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV
u dorosłych mieszkańców Polski”** 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 (RODO) – dane osobowe są niezbędne
dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
3. 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.),
4. 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.),
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020
(Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);
6. 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, z późn. zm.).
7. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizacje programów operacyjnych”.
8. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu
pn. **„Przeprowadzenie akcji edukacyjno-informacyjnej w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Pilotażowy program profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
9. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania **Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa**. 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 rzez Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.
10. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie
z obowiązującym prawem.
11. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
12. 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.
13. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
14. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
15. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
16. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
17. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@pzh.gov.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@miir.gov.pl .
18. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 17, 18 i 19 RODO.
19. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
20. 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\*.

**…………………………………………………………… ……………………………………………………………**

 **Miejscowość, data Czytelny podpis uczestnika projektu\*\***

\* 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

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

**Prosimy o wskazanie, w którym szkoleniu chcecie Państwo wziąć udział :**

[ ]  Edukacja **lekarzy POZ** w zakresie problemu zdrowotnego PWZW oraz realizacji programu profilaktyki nowotworów wątroby

[ ]  Edukacja **koordynatorów pacjenta** w zakresie problemu zdrowotnego PWZW oraz realizacji programu profilaktyki nowotworów wątroby