



## 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”**

<b>BENEFICJENT</b>	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
<b>NUMER PROJEKTU</b>	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	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponad gimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe

<b>DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA</b>	
<b>Województwo</b>	
<b>Powiat</b>	
<b>Gmina</b>	
<b>Miejscowość</b>	
<b>Ulica</b>	
<b>Nr budynku</b>	
<b>Nr lokalu</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	
<b>DANE KONTAKTOWE</b>	
<b>Tel. Kontaktowy</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>	
<b>Należy zaznaczyć znakiem „X” właściwe pole w każdym z wierszy poniżej</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo</b>	<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne
<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b> <input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b>	<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne

<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Inne  <b>Zatrudniony/a w (proszę wskazać miejsce zatrudnienia):</b>  ..... ..... ..... ..... ..... .....	<b>Wykonywany zawód:</b> <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Inny
--	--

**SZCZEGÓLNA SYTUACJA**

**Należy zaznaczyć znakiem „X” właściwe pole w każdym z wierszy poniżej**

<input type="checkbox"/> Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, jestem migrantem, jestem osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam odpowiedzi
<input type="checkbox"/> Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam odpowiedzi
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam odpowiedzi
<input type="checkbox"/> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam odpowiedzi

## 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:
  - 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 2018 r. poz. 1431, 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, z późn. zm.).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. 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.
5. 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 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 prześlę 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 wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej

[iod@pzh.gov.pl](mailto:iod@pzh.gov.pl) lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) .

14. 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.
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\*.

.....  
**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