**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE – PACJENT**

**Dane wspólne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa**  |
| 1 | **Tytuł projektu:** Poprawa jakości usług medycznych w wybranych przychodniach POZ z terenu województwa małopolskiego i podkarpackiego |
| 2 | **Nr umowy: POWR.05.02.00-00-0024/17-00/2796/2018/8** |
| 3 | **Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Oś V Wsparcie dla obszaru zdrowia** |

**Dane uczestników projektów, którzy otrzymują wsparcie w ramach POWER**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nazwa** |
| **Dane uczestnika** | Imię (imiona) |
| Nazwisko |
| PESEL \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  | Płeć: K / M |
| Brak PESEL | Tak/Nie/Nie dotyczy |
| Wiek w chwili przystępowania do projektu |
| Wykształcenie[[1]](#footnote-1) |
| **Dane kontaktowe** | Województwo: □ małopolskie: □ podkarpackie  |
| Powiat |
| Gmina |
| Miejscowość |
| Ulica |
| Nr budynku |
| Nr lokalu |
| Kod pocztowy |
| Telefon kontaktowy |
| Adres e-mail |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili****przystąpienia do projektu** | **a. Osoba bezrobotna**  | Tak/ Nie |
| osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | Tak/ Nie |
| osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | Tak/ Nie |
| osoba bierna zawodowo[[2]](#footnote-2) ( w tym student/tka) | Tak/ Nie |
| **b. Osoba pracująca**  | Tak/ Nie |
| Wykonywany zawód/ Miejsce zatrudnienia[[3]](#footnote-3) |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe) | Tak/ Nie/ odmawiam odpowiedzi |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | Tak/ Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami (dane wrażliwe) | Tak/ Nie/ odmawiam odpowiedzi |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  | Tak/ Nie |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | Tak/ Nie |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | Tak/ Nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (dane wrażliwe) | Tak/ Nie/ odmawiam odpowiedzi |
| POZ/miejsce udzielania świadczeń |  |

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014 -2020, Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych na podstawie umowy o dofinansowanie nr POWR.05.02.00-00-0024/17-00/2796/2018/8 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
5. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w deklaracji uczestnictwa w projekcie oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej, (np. podjęcie zatrudnienia).

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rejestracyjnym są zgodne z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU – PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Poprawa jakości usług medycznych w wybranych przychodniach POZ z terenu województwa małopolskiego i podkarpackiego” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, że 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 pl. 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, z późn. zm.) – 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:
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 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
	1. w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
6. 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,
7. 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,
8. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
9. 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).
10. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu *„Poprawa jakości usług medycznych w wybranych przychodniach POZ z terenu województwa małopolskiego
i podkarpackiego”,* w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
11. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwu Zdrowia, Warszawa ul. Miodowa 15, 00-952, beneficjentowi realizującemu projekt - Nowa Rehabilitacja Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie, przy ul. Polarnej 10 30-389 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - nie dotyczy. 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.
12. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
13. 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.
14. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
15. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |

**Poniższą tabelkę wypełnia pracownik Biura Projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  |
| monitorowanie |  |

1. **Ponadgimnazjalne, policealne, wyższe, średnie** [↑](#footnote-ref-1)
2. **Osoba bierna zawodowo** to osoba, która w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Dodatkowo jako osoby bierne zawodowo uznaje się studentów oraz osoby będące na urlopie wychowawczym. Osobami biernymi zawodowo nie są: osoby na urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim; prowadzące działalność na własny rachunek, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-2)
3. **Nazwa instytucji/przedsiębiorstwa** [↑](#footnote-ref-3)