

Załącznik nr 2

Umowa w ramach projektu pn.: „Kręgosłup bez bólu - Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

zawarta w dniu2020 r. we Wrocławiu, pomiędzy:

Pracodawcy Zdrowia, ul. Fabryczna 10D2, 53-609 Wrocław, wpisany do Rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000214759, NIP 8971698378, REGON 933020486

reprezentowany przez: Iwonę Wójcik – Dyrektora Biura (na podstawie pełnomocnictwa)
zwanym w dalszej treści niniejszej Umowy „Zamawiający”

a

.....
reprezentowanym przez:

.....
zwanym dalej „Wykonawca”

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest:

- Wskazanie co najmniej 1 osoby współpracującej z jednostką służby medycyny pracy (lekarz lub pielęgniarka), która weźmie udział w warsztatach organizowanych przez Zamawiającego.
- Wskazanie lekarza, który weźmie udział w szkoleniu e-learningowym z testem zaliczającym uzyskanie niezbędnej wiedzy z danego szkolenia i certyfikatem ukończenia.
- Osoby przeszkolone będą zobowiązane po wstępnej selekcji na podstawie kryteriów kwalifikacji do wytypowania pacjentów, którzy zostaną poddani badaniom w kierunku profilaktyki chorób kręgosłupa.

Usługa skierowana wyłącznie do pracowników w wieku aktywności zawodowej (18 i więcej lat), którzy w kwestionariuszu przesiewowym STarT Back Tool stanowiącym **załącznik nr 4 do umowy** uzyskają całkowity wynik ≥ 4 oraz którzy w kwestionariuszu przesiewowym w kierunku zapalnego bólu kręgosłupa stanowiącym **załącznik nr 5 do umowy** uzyskali wartość ≥ 4 .

Usługa będzie polegać na wykonaniu przez lekarza medycyny pracy badania przesiewowego pacjentów. Lekarz medycyny pracy na podstawie wyników z wypełnionych przez pacjentów kwestionariuszy dokona badania przedmiotowego i



podmiotowego i podejmując decyzję co do dalszego postępowania z pracownikiem.

Lekarz dokonana podziału pacjentów na grupy ryzyka: Identyfikacja żółtych i czerwonych flag. Pacjent zidentyfikowany z żółtą flagą kierowany jest bezpośrednio na warsztaty z rehabilitacji ruchowej. Przy stwierdzeniu czerwonej flagi lub w przypadkach wątpliwych lekarz medycyny pracy zleca w zależności od potrzeb wykonanie OB, CRP, morfologii oraz RTG miednicy i/lub kręgosłupa i po weryfikacji wyników badań decyduje o dalszym postępowaniu z pracownikiem. Jeśli nie ma przeciwwskazań pacjent kierowany jest na warsztaty z rehabilitacji ruchowej.

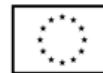
Istnieje możliwość odbycia drugiej wizyty u lekarza medycyny pracy w celu weryfikacji przedmiotowych wyników badań objęta jest stawką jednostkową Wizyta u lekarza medycyny pracy.

Jeśli jest to zasadne, lekarz medycyny pracy kieruje do neurologa, jeżeli ma podpisaną umowę lub wypisuje informacje dla lekarza rodzinnego o konieczności dalszej diagnostyki z powodu niepokojących objawów dotyczących kręgosłupa wymagających dalszej diagnostyki. Konsultacja z neurologiem odbywa się już poza programem i nie jest w ramach niego rozliczana.

- Wykonawca zobowiązuje się do prawidłowego zrealizowania wszystkich zadań, o których mowa w § 1 ust. 1, zgodnie z wiedzą fachową i najwyższą starannością. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za jakość świadczonych usług.
2. Wykonawca zobowiązuje się do stałej współpracy oraz bieżącego konsultowania zagadnień związanych z realizacją przedmiotu Umowy.
 3. Wykonawca zobowiązuje się do przekazania wypełnionych kwestionariuszy wraz **załącznikami nr 2,3,6** pacjentów Zamawiającemu do 5 dnia każdego miesiąca po zakończeniu okresu rozliczeniowego. Za okres rozliczeniowy przyjmuje się miesiąc kalendarzowy.
 5. Wykonawca zobowiązuje się do podpisania z każdą ze wskazanych osób wskazanych w § 1 punkt 1 upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowiącego **załącznik nr 7** do Umowy. W załączeniu również Odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowiący **załącznik nr 8** do niniejszej Umowy.
 6. Zamawiający zobowiązuje się do:
 - przekazania Wykonawcy wszelkich niezbędnych do wykonania przedmiotu Umowy informacji;
 - dokonania odbioru dokumentacji związanej z realizacją umowy zgodnie z **załącznikiem nr 1** do umowy;
 - zapłaty wynagrodzenia przysługującemu Wykonawcy z tytułu realizacji niniejszej Umowy.
 7. Wykonawca zobowiązuje się do niewykonywania obowiązków wynikających z niniejszej umowy w czasie wykonywania innych zadań, za które przysługuje mu wynagrodzenie finansowane ze środków publicznych.
 8. Przedmiotowa umowa obowiązuje od dnia jej zawarcia do końca grudnia 2022 r.

§ 2

1. Z tytułu realizacji niniejszej Umowy Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty Wykonawcy
 - za I i II wizytę u lekarza medycyny pracy – 74 zł
 - za badanie OB – 9,10 zł
 - za badanie morfologii krwi – 12,60 zł
 - za badanie CRP – 18,90 zł



za badanie obrazowe RTG AP i boczne kręgosłupa – 74,20 zł
za badanie obrazowe RTG miednicy – 59,40 zł

Z zastrzeżeniem, że wynagrodzenie przysługuje wyłącznie za te osoby, które lekarz medycyny pracy, w ramach wizyt, poprawnie zakwalifikuje do programu.

2. Wykonawca w ciągu realizacji niniejszej umowy będzie wystawiał Zamawiającemu faktury zbiorcze, nie częściej niż raz w miesiącu po potwierdzeniu przez obie strony umowy protokołu odbioru.
3. Podstawą do wystawienia faktur będą podpisane przez Strony protokoły odbioru przedmiotu zamówienia bez uwag. Protokół odbioru stanowi **załącznik nr 1** do niniejszej umowy. Należności o których mowa w ust. 1 zawierają wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu Umowy i będą płatne przelewem w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury. Za datę zapłaty uznaje się datę obciążenia kwotą rachunku bankowego Zamawiającego.
4. Zamawiający zastrzega sobie w toku realizacji projektu możliwość ograniczenia ilości przeprowadzonych przez Wykonawcę świadczeń lekarza medycyny pracy ze względu na posiadane wskaźniki we wniosku o dofinansowanie.
5. Zamawiający oszacował średnią liczbę świadczeń lekarza medycyny pracy przypadających na 1 jednostkę służby medycyny pracy w czasie realizacji programu. Na 1 jednostkę służby medycyny pracy przypadają średnio 4 świadczenia lekarza medycyny pracy/miesiąc, to znaczy, że 1 jednostka medycyny pracy powinna przebadać w czasie trwania całego programu średnio 105 pacjentów.

§ 3

Powierzenie przetwarzania danych osobowych

1. Zamawiający powierza Wykonawcy przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym w **załączniku nr 2** do Umowy oraz w celu niezbędnym do realizacji przedmiotu niniejszej umowy.
2. Wykonawca nie decyduje o środkach i celach przetwarzania powierzonych danych osobowych.
3. Wykonawca jest zobowiązany odebrać od każdego pacjenta (będącego jednocześnie uczestnikiem Projektu) oświadczenia, których wzory stanowią **załączniki nr 2 i 3** do Umowy. Oświadczenia przechowuje Zamawiający w swojej siedzibie lub innym miejscu, w którym zlokalizowane są dokumenty związane z Projektem. Wykonawca zobowiązuje się do przekazania oryginałów oświadczeń potwierdzających kwalifikowalność pacjentów oraz udzielenia im świadczeń wraz z fakturą.
6. **Przy przetwarzaniu danych osobowych Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania zasad określonych** Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
4. Wykonawca przed rozpoczęciem przetwarzania danych osobowych podejmuje środki zabezpieczające zbiory danych, o których mowa w ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych
5. Do przetwarzania danych osobowych mogą być dopuszczone osoby posiadające imienne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych udzielone przez osoby upoważnione do wydawania oraz odwoływania upoważnień. Wzór upoważnienia do przetwarzania danych



osobowych oraz wzór odwołania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych zostały określone odpowiednio w załączniku nr 7 oraz nr 8 do Umowy.

6. Wykonawca jest zobowiązany w szczególności do:
 - a) podjęcia wszelkich kroków służących zachowaniu poufności danych osobowych przetwarzanych przez osoby mające do nich dostęp osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych,
 - b) sprawowania nadzoru nad bezpieczeństwem danych przez cały okres ich posiadania w sposób zapewniający ochronę przed dostępem osób nieuprawnionych, uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą,
 - c) niezwłocznego zwrócenia danych osobowych Zamawiającego po rozwiązaniu, wygaśnięciu Umowy oraz usunięcia tych danych ze wszystkich elektronicznych nośników danych, na których zostały utrwalone przez Wykonawcę dla realizacji postanowień niniejszej umowy.
7. Zamawiający zastrzega sobie możliwość kontrolowania w dowolnym czasie sposobu przetwarzania przez Wykonawcę powierzonych jej danych osobowych w zakresie zastosowanych środków ochrony oraz przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.
8. Zamawiający oraz Wykonawca ustalają, że podczas realizacji umowy będą ściśle ze sobą współpracować informując się o wszystkich okolicznościach mających lub mogących mieć wpływ na wykonanie Umowy i bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych.
9. W czasie trwania, jak również po wygaśnięciu niniejszej Umowy Wykonawca zobowiązuje się do nieprzekazywania, nieujawniania i niewykorzystywania jakichkolwiek informacji przezeń uzyskanych w związku lub przy okazji wykonania przedmiotu Umowy i innych obowiązków przewidzianych w niniejszej Umowie oraz innych informacji stanowiących tajemnicę Zamawiającego.
10. Informacje, o których mowa w ust. 10 mogą być udostępniane innym osobom jedynie za pisemną uprzednią zgodą Zamawiającego. Zgoda taka nie jest wymagana wówczas, gdy wymaga tego obowiązujące prawo i tylko w niezbędnym zakresie.

§ 4

W celu koordynacji spraw związanych z wykonywaniem przedmiotu Umowy Zamawiający wyznacza swojego przedstawiciela w osobie:

Katarzyna Wolańska, adres e-mail: k.wolanska@pracodawcyzdrowia.pl

W celu koordynacji spraw związanych z wykonywaniem przedmiotu Umowy Wykonawca wyznacza swojego przedstawiciela w osobie:

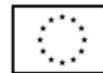
....., adres e-mail

§ 5

Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej Umowy wymagają zgody obu Stron i zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

§ 6

1. Wykonawca może rozwiązać niniejszą Umowę, na piśmie, za wypowiedzeniem z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia z uzasadnieniem przyczyny.
2. Zamawiający może rozwiązać niniejszą Umowę, na piśmie, za wypowiedzeniem z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia bez podawania przyczyn.
3. Zamawiający może rozwiązać Umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy:



- Wykonawca nie dopełni obowiązków wynikających z Umowy;
 - Wykonawca zakończył działalność podmiotu leczniczego sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi.
 - w przypadku znacznej liczby błędnie kierowanych pacjentów w ramach programu.
 - w trakcie realizacji projektu nastąpi rozwiązanie umowy o dofinansowanie zawartej pomiędzy Zamawiającym a Ministerstwem Zdrowia skutkujące przerwaniem realizacji projektu oraz przepływu środków finansowych.
4. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie na mocy porozumienia stron.

§ 7

1. Sprawy nieregulowane Umową będą rozstrzygane na podstawie przepisów Kodeksu Cywilnego.
2. Ewentualne kwestie sporne wynikłe w trakcie realizacji niniejszej Umowy, strony rozstrzygać będą polubownie.
3. Sądem właściwym do rozstrzygania sporów wynikłych na podstawie niniejszej Umowy, będzie rzeczowo właściwy sąd dla siedziby Zamawiającego.
4. Umowę spisano w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Wykonawca

Zamawiający

Załączniki do umowy

Załącznik nr 1 - Protokół odbioru przedmiotu zamówienia

Załącznik nr 2 - Oświadczenie Uczestnika projektu

Załącznik nr 3 - Formularz danych osobowych Uczestnika projektu

Załącznik nr 4 - Kwestionariusz przesiewowy STarT Back Tool

Załącznik nr 5 - Kwestionariusz przesiewowy w kierunku spondyloartropatii

Załącznik nr 6 - Wzór oświadczenia lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.

Załącznik nr 7 - Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych

Załącznik nr 8 - Odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych

Załącznik nr 1 do umowy

Data r.

PROTOKÓŁ ODBIORU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Dotyczy umowy w ramach projektu „Kręgosłup bez bólu - Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykonawca:

.....
.....
.....

1. Numer umowy: z dnia Cena umowna: ..

- I i II wizyta u lekarza medycyny pracy – 74 zł
- badanie OB – 9,10 zł
- badanie morfologii krwi – 12,60 zł
- badanie CRP – 18,90 zł
- badanie obrazowe RTG AP i boczne kręgosłupa – 74,20 zł
- badanie obrazowe RTG miednicy – 59,40 zł

Strony stwierdzają, że Wykonawca przesłał Partnerowi Projektu tj. Pracodawcy Zdrowia następującą ilość prawidłowo wypełnionej dokumentacji związanej ze świadczeniem lekarza jednostki służby medycyny pracy:

Ilość: I wizyta u lekarza medycyny pracy

Ilość: II wizyta u lekarza medycyny pracy

Ilość: badanie OB

Ilość: badanie morfologii krwi

Ilość: badanie CRP

Ilość: badanie obrazowe RTG AP i boczne kręgosłupa

Ilość: badanie obrazowe RTG miednicy

Protokół jest podstawą do wystawienia przez Wykonawcę rachunku na kwotę:

..... (słownie:
00/100 brutto).

Wykonawca

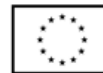
Zamawiający

.....

.....

/data, podpis i pieczętka/

/data, podpis i pieczętka/



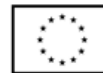
Załącznik nr 2 do umowy

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. „Kręgosłup bez bólu – Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu” 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 2018r. 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).
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 „Kręgosłup bez bólu – Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu”, 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 - Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu –Pracodawcy Zdrowia, ul. Fabryczna 10D2, 53-609 Wrocław. 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@usk.wroc.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych Osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@mfi.pr.gov.pl.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, jeżeli spełnione są przesłanki określone 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.¹

.....
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA
UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU***

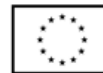
.....
CZYTELNY PODPIS

/podpisano elektronicznie/**

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

**niepotrzebne skreślić

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 ramach Działania 1.3 lub 1.2



Załącznik nr 3 do umowy

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

	NAZWA	DANE UCZESTNIKA PROJEKTU			
Dane Uczestnika	IMIĘ				
	NAZWISKO				
	PESEL				
	WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne		<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe	
Dane kontaktowe Uczestnika	Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu)				
	Kod pocztowy/ Miejscowość				
	Powiat/ Gmina				
	Telefon kontaktowy				
	Adres e-mail				
Status uczestnika w dniu przystąpienia do projektu	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
	Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
	Osoba pracująca w tym zatrudniona w: <input type="checkbox"/> W administracji rządowej <input type="checkbox"/> W administracji samorządowej <input type="checkbox"/> W organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie)	<input type="checkbox"/> W dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
	Wykonywany zawód:				
	Czy należy Pan/-i do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
	Osoba z niepełnosprawnościami*	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) np.: osoba zamieszkująca na terenach wiejskich	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		

*Jeśli TAK, proszę opisać, czy ma Pan/Pani specjalne wymagania związane z niepełnosprawnością (np. podjazd dla wózka inwalidzkiego itp.):

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Uczestnika Projektu



Załącznik nr 4 do umowy

Kwestionariusz STarT Back Tool [60] to jest przesiewowy

Imię i nazwisko osoby

badanej..... Data

badania.....

Biorąc pod uwagę ostatnie 2 tygodnie, proszę zaznaczyć odpowiedź na każde z poniższych pytań:

	Zgadzam się 1	Nie zgadzam się 0			
1. W ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłam (em) bólu pleców promieniującego wzdłuż nogi (nóg)					
2. W ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłam (em) bólu ramion albo karku					
3. Z powodu bólu pleców pokonuję pieszo tylko niewielkie odległości					
4. W ciągu ostatnich dwóch tygodni, z powodu bólu pleców ubierałam (łem) się wolniej niż zwykle					
5. Wykonywanie aktywności fizycznych nie jest zbyt bezpieczne dla osoby z taką dolegliwością jak moja					
6. Bardzo często zamartwiam się					
7. Mam poczucie, że mój ból pleców jest okropny i że nigdy się nie poprawi					
8. Generalnie nic mnie nie cieszy					
9. Ogólnie, jak bardzo uciążliwy był dla Pani (Pana) ból pleców w ciągu ostatnich dwóch tygodni					
Wcale odpowiedź)	Trochę	Średnio	Bardzo	Ogromnie	(Zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź)
•	•	•	•	•	•
Całkowity wynik (wszystkie 9 pytań): _____					
Częściowy wynik (pytania 5-9): _____					

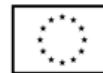
Interpretacja:

Całkowity wynik ≤ 3 – niskie ryzyko

Całkowity wynik ≥ 4 – wysokie ryzyko tylko CI idą na wizytę do lekarza medycyny pracy

Częściowy wynik ≤ 3 – niskie ryzyko

Częściowy wynik ≥ 4 – niskie ryzyko tylko CI idą na wizytę do lekarza medycyny pracy



Załącznik nr 5 do umowy

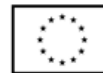
Kwestionariusz przesiewowy w kierunku spondyloartropatii.

Imię i nazwisko osoby badanejData badania.....

L.p.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Czy Twój ból kręgosłupa rozpoczął się przed 45 rokiem życia ?		
2.	Czy Twój ból kręgosłupa rozpoczął się podstępnie i trwa > 3 miesięcy ?		
3.	Czy Twój ból kręgosłupa zmniejsza się po ruchu i ćwiczeniach ?		
4.	Czy Twój ból kręgosłupa nie zmniejsza się po wypoczynku ?		
5.	Czy Twój ból kręgosłupa występuje w drugiej połowie nocy i ustępuje po wstaniu z łóżka i rozruszaniu się ?		
6.	Czy bólowi towarzyszy sztywność poranna kręgosłupa trwająca > 30 minut ?		
7.	Czy występują naprzemienne bóle pośladków?		
8.	Czy jest poprawa po zastosowaniu NLPZ ?		
	Wynik całkowity		

Interpretacja wyników

Podejrzenie spondyloartropatii (wynik pozytywny) ≥ 4 punkty - tylko CI idą na wizytę do lekarza medycyny pracy



Załącznik nr 6 do umowy

Wzór oświadczenia lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Lider –

Tytuł projektu:

Numer umowy:

Tytuł programu profilaktycznego:

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Potwierdzam, iż otrzymałem/-am materiały edukacyjne w zakresie	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne / diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne / diagnostyczne	



Załącznik nr 7 do umowy

UPOWAŻNIENIE Nr _____ DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem [_____] r., na podstawie art. 32.4 , Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), upoważniam [_____] do przetwarzania danych osobowych w zbiorze Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój. Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani* stosunku prawnego z [_____].

Czytelny podpis osoby upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień.

Upoważnienie otrzymałem

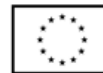
(miejsowość, data, podpis)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). a także z obowiązującymi w _____ Polityką bezpieczeństwa ochrony danych osobowych oraz Instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczenia, zarówno w okresie trwania umowy jak również po ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z [_____].

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

*niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 8 do umowy

**ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA Nr _____
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Z dniem _____ r., , odwołuję upoważnienie Pana /Pani*
_____ do przetwarzania danych osobowych nr
_____ wydane w dniu _____

upoważnień

Czytelny podpis osoby, upoważnionej do wydawania i odwoływania

–
(miejsowość, data)

*niepotrzebne skreślić