

OŚWIADCZENIE DOT. POTWIERDZENIA KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko) potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności określone w regulaminie konkursu tzn. jestem:

- lekarzem/rką numer prawa wykonywania zawodu.....
- pielęgniarem/rką numer prawa wykonywania zawodu.....

z placówki POZ, która zgłosiła się do programu „Kręgosłup bez bólu - Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowany w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu”.

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

	NAZWA	DANE UCZESTNIKA PROJEKTU											
Dane Uczestnika	IMIE												
	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"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy							
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:					<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy							
	Osoba bierna zawodowo, w tym:					<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy							
	Osoba pracująca w tym zatrudniona w :					<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

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 powołaniem 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
/podpisano elektronicznie/**

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU*

* 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