



Projekt „Doszkalamy się – Lekarze” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Doszkalamy się – Lekarze

Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami. Wypełnienie **WSZYSTKICH** poniższych danych jest obowiązkowe do wzięcia udziału w projekcie.

IMIĘ .....

NAZWISKO .....

Zgłaszam dobrowolną chęć do udziału w kursie (można wybrać tylko jedną odpowiedź):

- Choroby układu krążenia
- Choroby układu oddechowego – antybiotykoterapia
- Choroby układu kostno – stawowo – mięśniowego

### Dane Uczestnika

PESEL												
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna											
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU												
NUMER PRAWA WYK. ZAWODU												
CZY ŚWIADCZY PAN/PANI USŁUGI Z ZAKRESU LEKARZA POZ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE											

### MIEJSCE ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

WOJEWÓDZTWO													
POWIAT													
GMINA													
MIEJSCOWOŚĆ													
ULICA													
NR BUDYNKU					NR LOKALU								
KOD POCZTOWY													
TELEFON KONTAKTOWY													
ADRES E-MAIL													

Realizator



Projekt „Doszkalamy się – Lekarze” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

### SZCZEGÓŁY WSPARCIA

<b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>
<b>OSOBA PRACUJĄCA</b> <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> OSOBA POWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W MIKRO/MAŁYM/ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWIE <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE <input type="checkbox"/> INNE
<b>ZATRUDNIONY W (miejsce zatrudnienia) :</b>

<b>STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>
<b>OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCZODZENIA</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
<b>OSOBA BEZDOMNA LUB OBJĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
<b>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <b>JEŻELI TAK PROSIMY O PODANIE SPECJALNYCH POTRZEB ZWIĄZANYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:</b> .....
<b>OSOBA PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <b>w tym:</b> <b>W GOSPODARSTWIE Z DZIEĆMI POZOSTAJĄCYMI NA UTRZYMANIU</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
<b>OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
<b>OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (inne niż wymienione powyżej)</b> <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

- Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że projekt „Doszkalamy się - Lekarze” jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - POWER. Zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do projektu. Ponadto oświadczam iż podane w formularzu informacje są zgodne z prawdą i z danymi zawartymi w dowodzie osobistym.
- Oświadczam, iż zostałam/zostałem poinformowany, że mogę bezkosztowo zrezygnować z uczestnictwa w szkoleniu na 14 dni przed dniem rozpoczęcia szkolenia. Przyjmuję do wiadomości iż w razie późniejszej rezygnacji z uczestnictwa lub w przypadku nieprzyjechania na szkolenie zostaną obciążony/a kosztami noclegu i wyżywienia, na co wyrażam zgodę.

.....  
data i czytelny podpis Kandydata

Realizator



Projekt „Doszkalamy się – Lekarze” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(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. „Doszkalamy się – Lekarze” 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 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 – 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”:
    - 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 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
  - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
    - 1 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,
    - 2 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,
    - 3 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.),

Realizator



Projekt „Doszkalamy się – Lekarze” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- 4 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 wyłącznie w celu realizacji projektu „Doszkalamy się – Lekarze”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwu Zdrowia ul. Miodowa 15, 00 – 952 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Porozumieniu Łódzkiemu – Łódzkiemu Związkowi Pracodawców Ochrony Zdrowia ul. Wigury 9/6, 90 – 302 Łódź oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – APP Konsulting Piotr Witek ul. Lipowa 21/14, 90 – 743 Łódź. 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.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. 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.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
- ~~8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie 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”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie<sup>1</sup>:~~
  - ~~1) 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,~~
  - ~~2) 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,~~

<sup>1</sup> 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.

Realizator



Projekt „Doszkalamy się – Lekarze” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- ~~3) 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.);~~  
~~4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.);~~

~~Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej ..... (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt ..... (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu ..... (nazwa i adres ww. podmiotów). 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.~~

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub adres poczty ..... (gdy ma to zastosowanie należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU \*

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

Realizator