

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

## **Regulamin Rekrutacji Uczestników Projektu „Doszkalamy się - Lekarze”**

Realizowanego przez Porozumienie Łódzkie – Łódzki Związek Pracowników Ochrony  
Zdrowia

na podstawie umowy POWR.05.04.00-00-0069/16-00/3062/1/40EU

Europejskiego Funduszu Społecznego PO WER 2014-2020

Priorytet V Wsparcie dla obszaru zdrowia

Działanie V.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych

Okres realizacji projektu 1.01.2017– 31. 12.2018

### **ROZDZIAŁ I - POSTANOWIENIA OGÓLNE**

#### **§1**

1. Regulamin określa proces rekrutacji Uczestników do Projektu „Doszkalamy się – Lekarze” realizowanego przez Porozumienie Łódzkie – Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Program jest realizowany w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.
3. Biuro Projektu mieści się przy ul. Wigury 9/6 90-302 w Łodzi, telefon 426738020
4. Głównym celem Projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych u 198 osób, zatrudnionych w zawodzie lekarza (co najmniej 30% uczestników zatrudnionych w POZ) w wieku produkcyjnym, zamieszkujących/pracujących na terenie całego kraju, zgłaszających z własnej inicjatywy chęć kształcenia formalnego, realizowanego w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno – demograficznych kraju, w okresie od 01.01.2017 – 31.12.2018.
5. W ramach Projektu będą realizowane szkolenia w zakresie:
  - Astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc
  - Chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego
  - Chorób układu krążenia
  - Chorób układu oddechowego - antybiotykoterapia
6. Udział w projekcie jest nieodpłatny.

### **ROZDZIAŁ II – WARUNKI UCZESTNICTWA**

#### **§1**

1. Projekt skierowany jest do 198 lekarzy (134 kobiet i 64 mężczyzn), w tym minimum 60 lekarzy POZ.
2. Uczestnikami Projektu mogą zostać osoby zamieszkujące na terenie Polski, które spełniają następujące kryteria:

Realizator

 **POROZUMIENIE ŁÓDZKIE**  
Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia  
ul. Wigury 9/6, 90-302 Łódź

biuro@porozumienielodzkie.pl tel. 42-673-80-20

KRS 0000011789; REGON 100163532; NIP 7282635976



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

- Zatrudnienie jako lekarz w podmiotach leczniczych, (bez względu na formę zatrudnienia) lub wykonywanie zawodu lekarza w ramach działalności leczniczej jako praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ustawy o działalności leczniczej lub właściciele podmiotów leczniczych wykonujący zawód lekarza w ramach prowadzonej działalności leczniczej, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy wykonujących czynności zawodowe w placówkach leczniczych świadczących podstawową opiekę zdrowotną – weryfikowane zaświadczeniem.
  - Wiek 18-67 lat- weryfikowane dokumentem tożsamości
  - Chęć udziału w jednym z proponowanych szkoleń- weryfikowane oświadczeniem
3. Projekt zakłada większą reprezentację kobiet jako grupy o trudniejszej sytuacji na rynku.
  4. W przypadku przystąpienia do projektu osób z niepełnosprawnościami zostaną zapewnione odpowiednie warunki rekrutacji i udziału w projekcie – dostosowanie materiałów i narzędzi komunikacji, dostępność pomieszczeń (w zależności od rodzaju niepełnosprawności).
  5. W ramach projektu uczestnik może skorzystać tylko z jednego szkolenia.
  6. Projektodawca zastrzega sobie prawo takiego doboru Uczestników spełniających powyższe kryteria zawarte w pkt. 1 – 3, aby możliwe było zrealizowanie określonych we wniosku o dofinansowanie rezultatów i wskaźników.

### ROZDZIAŁ III – REKRUTACJA I PRZYJMOWANIE ZGŁOSZEŃ

#### §1

#### Ogólne informacje o procesie rekrutacji

1. Rekrutacja będzie prowadzona z zachowaniem zasad równego dostępu i równego traktowania wszystkich osób zainteresowanych udziałem w projekcie.
2. Rekrutacja i formy wsparcia realizowane będą zgodnie z zasadą niedyskryminacji ze względu na płeć, rasę lub pochodzenie etniczne, narodowość, obywatelstwo, religię (wyznanie) lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek, orientację seksualną, przynależność do grup społeczno-zawodowych, sytuację materialną i prawną, wykształcenie, zawód, pochodzenie społeczne.
3. Rekrutacja będzie prowadzona na terenie całej Polski w 3 turach:
  - 05-06.2017r. – w szczególności dla województwa łódzkiego
  - 07-09.2017r. – w szczególności dla województwa mazowieckiego
  - 06-09.2018r. – na terenie całej Polski
4. Informacje o terminach naboru na szkolenia w poszczególnych turach zostanie podana na stronie internetowej Projektodawcy [www.porozumienielodzkie.pl](http://www.porozumienielodzkie.pl) oraz zostanie rozesłana drogą mailową do placówek leczniczych.
5. Informacja o warunkach udziału w projekcie (regulamin rekrutacji, formularze dokumentów rekrutacyjnych, programy, terminy i miejsca szkoleń), a także informacje o etapach realizacji projektu zostaną zamieszczone na stronie internetowej Projektodawcy [www.porozumienielodzkie.pl](http://www.porozumienielodzkie.pl).
6. Wszystkie istotne informacje będzie można uzyskać również telefonicznie i osobiście w biurze projektu.
7. Za proces rekrutacji będzie odpowiedzialny koordynator projektu.

Realizator



**POROZUMIENIE ŁÓDZKIE**  
Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia  
ul. Wigury 9/6, 90-302 Łódź

biuro@porozumienielodzkie.pl tel. 42-673-80-20

KRS 0000011789; REGON 100163532; NIP 7282635976



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

8. Projektodawca zastrzega sobie możliwość zmiany terminów rekrutacji bez konieczności zmiany niniejszego regulaminu.
9. W przypadku gdy po zakończeniu pierwszego naboru pozostaną wolne miejsca do udziału w projekcie, Projektodawca zastrzega sobie możliwość przeprowadzania naboru uzupełniającego.

## §2

### Etapy procesu rekrutacji

1. Rekrutacja składa się z następujących etapów:
  - a) Składanie dokumentów rekrutacyjnych
  - b) Ocena formalna i merytoryczna według karty oceny kandydata, której wzór stanowi załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu
  - c) Poinformowanie uczestnika o wyniku rekrutacji

## §3

### Składanie dokumentów rekrutacyjnych

1. Każda osoba chcąc skorzystać ze wsparcia w ramach projektu składa następujące dokumenty w wyznaczonych terminach rekrutacji:
  - a) Deklaracja uczestnictwa w projekcie wraz z oświadczeniem dotyczącym przetwarzania danych osobowych – stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu
  - b) Zaświadczenie o zatrudnieniu – stanowiące załącznik nr 2a (dla osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych bez względu na formę zatrudnienia) i 2b (dla osób będących właścicielami/współwłaścicielami podmiotu leczniczego lub prowadzących praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 ustawy o działalności leczniczej) do niniejszego regulaminu
2. Kandydat wypełnia, podpisuje powyższe dokumenty a następnie dostarcza oryginały do biura projektu w terminie ogłoszonego naboru.
3. Kandydat przed dostarczeniem oryginałów dokumentów rekrutacyjnych może przesłać je w formie elektronicznej na skrzynkę mailową projektodawcy ([biuro@porozumienielodzkie.pl](mailto:biuro@porozumienielodzkie.pl)) lub faxem (tel. 42 673 80 20). Projektodawca weryfikuje dokumentację rekrutacyjną otrzymaną w formie elektronicznej i informuje kandydata drogą mailową lub telefoniczną o wyniku tej weryfikacji. Pozytywna weryfikacja jest jednoznaczna z obowiązkiem dostarczenia do biura projektu oryginałów wszystkich dokumentów rekrutacyjnych najpóźniej w ostatnim dniu ogłoszonego naboru.
4. Oryginały dokumentów można dostarczyć osobiście do biura projektu (ul. Wigury 9/6 90 – 302 Łódź) lub drogą pocztową na powyższy adres. W przypadku wysłania dokumentacji drogą pocztową lub kurierem za termin złożenia dokumentacji uznaje się datę jej wpływu do biura projektowego.
5. Po otrzymaniu oryginałów dokumentów specjalista ds. organizacji dokonuje oceny formalnej i merytorycznej zgłoszeń zgodnie z kartą oceny stanowiącą załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.
6. Do udziału w projekcie zostaną zakwalifikowane osoby, które w wyniku oceny formalnej i merytorycznej uzyskały najwyższą liczbę punktów.

Realizator



**POROZUMIENIE ŁÓDZKIE**  
Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia  
ul. Wigury 9/6, 90-302 Łódź

[biuro@porozumienielodzkie.pl](mailto:biuro@porozumienielodzkie.pl) tel. 42-673-80-20

KRS 0000011789; REGON 100163532; NIP 7282635976



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

7. W przypadku gdy kandydaci na uczestnika projektu w wyniku przeprowadzonej oceny formalnej i merytorycznej uzyskają taką samą liczbę punktów decydować będzie kolejność zgłoszeń. W przypadku dostarczenia przez Kandydata dokumentów zarówno w formie elektronicznej jak i w wersji papierowej za termin wpłynięcia zgłoszenia uznaje się datę i godzinę wpłynięcia dokumentacji w formie elektronicznej na wskazany adres e-mail/nr fax. W przypadku dostarczenia przez Kandydata dokumentów rekrutacyjnych tylko w formie papierowej za termin wpłynięcia zgłoszenia uznaje się datę wpływu oryginału dokumentów do biura.
8. Kandydatura uczestnika zostaje odrzucona w przypadku:
  - a) Niespełnienia wymagań określonych w rozdziale II paragraf 1 pkt. 2 niniejszego regulaminu
  - b) Wpłynięcia oryginałów dokumentów do biura projektu po wyznaczonym terminie.

## ROZDZIAŁ IV - PRAWA UCZESTNIKA PROJEKTU

### §1

1. Uczestnik ma prawo do:
  - a) Nieodpłatnego udziału w projekcie;
  - b) Otrzymania materiałów dydaktycznych, zestawu lunchowego jeśli zajęcia trwają dłużej niż 6h. dziennie, serwisu kawowego jeżeli zajęcia trwają dłużej niż 4h dziennie oraz noclegu;
  - c) Korzystania ze sprzętu związanego z tematyką kursu;
  - d) Kontaktu, poza zajęciami dydaktycznymi, z wykładowcami szkoleń;
  - e) Zgłaszania uwag, opinii o projekcie do Biura Projektu;
  - f) Otrzymania certyfikatu wraz z punktami edukacyjnymi po otrzymaniu pozytywnego wyniku egzaminu.

## ROZDZIAŁ V - OBOWIĄZKI UCZESTNIKA PROJEKTU

### §1

1. Uczestnik jest zobowiązany do:
  - a) Przestrzegania niniejszego regulaminu;
  - b) Wypełnienia wszelkich dokumentów związanych z uczestnictwem w projekcie
  - c) Okazania dowodu tożsamości przed rozpoczęciem pierwszego dnia szkolenia w celu weryfikacji prawidłowości danych dotyczących wieku podanych w formularzu rekrutacyjnym;
  - d) Uczestniczenia w szkoleniu do którego został zakwalifikowany w procesie rekrutacji (brak możliwości zmiany tematu szkolenia po zakończeniu procesu rekrutacji);
  - e) Regularnego i punktualnego uczestnictwa w kursach;
  - f) Przystąpienia do testu ex-ante;
  - g) Przystąpienia do egzaminu końcowego;
  - h) Aktualizowania danych osobowych, teled adresowych;
  - i) Dostarczenia dokumentów potwierdzających sytuację zawodową.

Realizator





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

- j) Zwrotu równowartości kosztów noclegu i wyżywienia jeśli rezygnacja z udziału w kursie nie nastąpi w terminie o którym mowa w rozdziale VI § 1 ust. 2 Regulaminu (tj. na co najmniej 14 dni przed dniem rozpoczęcia kursu).

## ROZDZIAŁ VI – REZYGNACJA Z UDZIAŁU W PROJEKCIE

### §1

1. Rezygnacja z udziału w projekcie możliwa jest tylko w uzasadnionych przypadkach. Uzasadnione przypadki mogą wynikać z przyczyn natury zdrowotnej, działania siły wyższej i nie mogły być znane Uczestnikowi w momencie przystąpienia do projektu. Rezygnacja Uczestnika z udziału w projekcie winna być dokonana w formie pisemnej.
2. Uczestnik przyjmuje do wiadomości, iż może bezkosztowo zrezygnować z uczestnictwa w szkoleniu na 14 dni przed dniem rozpoczęcia szkolenia. Przy późniejszej rezygnacji z uczestnictwa lub w przypadku nieprzyjechania uczestnika na szkolenie, Organizator ma prawo obciążyć uczestnika kosztami noclegu i wyżywienia.
3. W przypadku rezygnacji lub skreślenia uczestnika z listy osób zakwalifikowanych do projektu, jego miejsce może zająć osoba z listy rezerwowej, która uzyskała najwyższą ilość punktów. W przypadku takiej samej liczby punktów uzyskanej przez kandydatów z listy rezerwowej decydować będzie kolejność zgłoszeń według daty i godziny wpłynięcia dokumentów rekrutacyjnych w formie elektronicznej na skrzynkę mailową projektodawcy lub faksem.

## ROZDZIAŁ VII - POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### §1

1. Uczestnik Projektu jest zobowiązany do stosowania się do niniejszego regulaminu.
2. Organizator zastrzega sobie prawo zmiany terminu zakończenia postępowania rekrutacyjnego w przypadku wyczerpania miejsc.
3. Organizator zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego Regulaminu. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzi w życie z dniem ich ogłoszenia.
4. Regulamin obowiązuje przez cały okres realizacji Projektu.
5. Sprawy nie regulowane niniejszym Regulaminem są rozstrzygane przez Organizatora.
6. Ostateczną interpretację Regulaminu uczestnictwa w Projekcie należy do Organizatora.
7. Niniejszy Regulamin uwzględniający zmiany z dn. 05 czerwca 2018r. wchodzi w życie z dniem 05 czerwca 2018 roku.

Realizator



**POROZUMIENIE ŁÓDZKIE**  
Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia  
ul. Wigury 9/6, 90-302 Łódź

biuro@porozumienielodzkie.pl tel. 42-673-80-20

KRS 0000011789; REGON 100163532; NIP 7282635976



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

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu „Doszkalamy się – Lekarze”

## 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<br><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><br><b>w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> OSOBA POWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK</li> <li><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W MIKRO/MAŁYM/ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWIE</li> <li><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE</li> <li><input type="checkbox"/> INNE</li> </ul> |
| <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 POCHODZENIA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NIE</li> <li><input type="checkbox"/> TAK</li> <li><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI</li> </ul>                                                                                                               |
| <b>OSOBA BEZDOMNA LUB OBJĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NIE</li> <li><input type="checkbox"/> TAK</li> </ul>                                                                                                                                                                                                       |
| <b>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NIE</li> <li><input type="checkbox"/> TAK</li> </ul> <b>JEŻELI TAK PROSIMY O PODANIE SPECJALNYCH POTRZEB ZWIĄZANYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:</b><br>.....                                                                                                                                   |
| <b>OSOBA PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NIE</li> <li><input type="checkbox"/> TAK</li> </ul> <b>w tym:</b><br><b>W GOSPODARSTWIE Z DZIEĆMI POZOSTAJĄCYMI NA UTRZYMANIU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NIE</li> <li><input type="checkbox"/> TAK</li> </ul> |
| <b>OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NIE</li> <li><input type="checkbox"/> TAK</li> </ul>                                                                                                                                                          |
| <b>OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (inne niż wymienione powyżej)</b><br><b>w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NIE</li> <li><input type="checkbox"/> TAK</li> <li><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI</li> </ul>                                                                                                         |

- ☐ 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 zostałem/zostałam 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 zostanę 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



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

**Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji do projektu „Doszkalamy się – Lekarze”**

### KARTA OCENY KANDYDATA

| OCENA FORMALNA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| L.p.           | Kryterium                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TAK | NIE |
| 1              | Oryginały dokumentów zostały złożone w terminie                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |
| 2              | ZŁOŻONE DOKUMENTY ZAWIERAJĄ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |
|                | Deklarację uczestnictwa w projekcie wraz z oświadczeniem dotyczącym przetwarzania danych osobowych                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |
|                | Zaświadczenie o zatrudnieniu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |
| 3              | Dokumenty rekrutacyjne zostały wypełnione poprawnie oraz podpisane                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |
| 4              | KANDYDAT SPEŁNIA NASTĘPUJĄCE KRYTERIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |     |
|                | Zatrudnienie jako lekarz w podmiotach leczniczych, (bez względu na formę zatrudnienia) lub wykonywanie zawodu lekarza w ramach działalności leczniczej jako praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ustawy o działalności leczniczej lub właściciel podmiotu leczniczego wykonujący zawód lekarza w ramach prowadzonej działalności leczniczej |     |     |
|                | Miejsce zamieszkania na terenie Polski                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |     |
|                | Wiek 18 – 67 lat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |
|                | Zadeklarowana chęć do udziału w szkoleniu                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     |

Kandydat, który spełnił warunki formalne otrzymuje 10 pkt. i zostaje zakwalifikowany do oceny merytorycznej.

| OCENA MERYTORYCZNA |                                                                        |                                      |                                           |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| L.p.               | Kryterium                                                              | Liczba punktów możliwych do zdobycia | Liczba punktów uzyskanych przez Kandydata |
| 1                  | Kandydat wykonuje zawód lekarza w ramach podstawowej opieki zdrowotnej | TAK – 10 pkt.<br>NIE – 0 pkt.        |                                           |

|                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| Suma punktów uzyskanych przez Kandydata (ocena formalna + merytoryczna) |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|

.....  
(podpis oceniającego)

Realizator