



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 2
do uczestnictwa w projekcie

„Działania antydyskryminacyjne w placówkach ochrony zdrowia” wybranego
do dofinansowania w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla
Łódzkiego 2021-2027

Deklaracja udziału w projekcie

Ja, niżej podpisany/a

.....
zamieszkały/a

.....
nr PESEL

uczestnicząc w projekcie pn. **„Działania antydyskryminacyjne w placówkach
ochrony zdrowia”**, realizowanym w ramach programu Fundusze Europejskie dla
Łódzkiego 2021–2027, oświadczam, że:

1. Oświadczam, że zostałem/am poinformowana, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027, a mój udział w projekcie jest bezpłatny
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do projektu (zaznacz właściwą odpowiedź):
 - a) Jestem zatrudniony/na (bez względu na formę zatrudnienia) w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń na terenie w. łódzkiego
 - b) Jestem przedstawicielem tj. właścicielem, współwłaścicielem podmiotu leczniczego publicznego lub prywatnego udzielającego świadczeń na terenie w. łódzkiego
 - c) Nie uczestniczę jednocześnie w innym projekcie dofinansowanym ze środków EFS+ o analogicznym celu i charakterze
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie, w tym ze szczegółowym opisem wsparcia, zasadami udziału, harmonogramem oraz materiałami informacyjnymi udostępnionymi przez Beneficjenta i Instytucję Pośredniczącą.
4. Akceptuję wszystkie postanowienia Regulaminu i Zobowiązuję się do ich przestrzegania,
a zwłaszcza do przestrzegania obowiązków uczestnika przewidzianych w Regulaminie,
a w szczególności do:



- a. uczestnictwa w warsztatach/seminarium
 - b. punktualnego stawiania się na zajęcia,
 - c. potwierdzania obecności zgodnie z zasadami obowiązującymi u Beneficjenta,
 - d. dostarczenia oryginału aktualnego zaświadczenia o zatrudnieniu podpisanego przez pracodawcę lub dokumentu potwierdzającego bycie właścicielem/współwłaścicielem podmiotu leczniczego udzielającym świadczeń na terenie w. łódzkiego
 - e. aktualizacji danych osobowych i kontaktowych,
 - f. terminowego informowania o rezygnacji z udziału w projekcie,
 - g. wypełniania wszystkich dokumentów związanych z uczestnictwem (formularzy, ankiet, list obecności i innych wymaganych dokumentów),
 - h. zwrotu kosztów noclegu i wyżywienia w przypadku nieuzasadnionej rezygnacji dokonanej po terminie wskazanym w Regulaminie.
5. Zostałem(am) poinformowany(a), że administratorem moich danych osobowych jest Porozumienie Łódzkie – Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia z siedzibą w Łodzi (90-302), ul. Wigury 9/6, oraz że moje dane będą przetwarzane w związku z realizacją projektu zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) RODO i ustawą o ochronie danych osobowych.
6. Zapoznałem/am się z klauzulami informacyjnymi RODO udostępnionymi na stronie www.funduszeUE.wup.lodz.pl oraz www.funduszeue.lodzkie.pl i jestem świadomy/a praw wynikających z RODO, ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz ustawy wdrożeniowej dla lat 2021–2027.
7. Zapoznałem/am się z informacjami wynikającymi z klauzuli informacyjnej (art. 13 i 14 RODO) udostępnionej przez Beneficjenta oraz przekazanej mi w trakcie rekrutacji.
8. Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z Wytocznymi dotyczącymi monitorowania Beneficjent jest zobowiązany do zebrania ode mnie danych i informacji dotyczących mojej sytuacji przed, w trakcie i po zakończeniu udziału w projekcie. Zobowiązuję się współpracować w tym zakresie i przekazywać wymagane informacje oraz dokumenty na jego żądanie.
9. Oświadczenie składam dobrowolnie, a wszystkie podane przeze mnie dane są prawdziwe i aktualne oraz zobowiązuję się do ich bieżącej aktualizacji na prośbę Beneficjenta lub Instytucji Pośredniczącej.
10. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych właściwym instytucjom i organom uprawnionym do przeprowadzenia kontroli lub audytu



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



projektu, zgodnie z ustawą wdrożeniową i wytycznymi programowymi. W szczególności wyrażam zgodę na przetwarzanie i wzajemne powierzanie do przetwarzania przez w/w osoby i instytucje takich danych jak:

- Imię i nazwisko
- Miejsce zatrudnienia
- Stanowisko służbowe
- Wyniki pre i post testów
- Wyniki egzaminów, ewaluacji lub innych czynności sprawdzających w których biorę udział

Miejscowość i data:

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu:

.....