

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU NR POWR.07.01.00-00-0001/22

„Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”

NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI¹

Grupa zawodowa: Opiekun medyczny

Oświadczam, iż posiadam kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekun medyczny

Preferowane województwo udziału w części praktycznej kursu (zaznacz właściwe):

- dolnośląskie
- kujawsko-pomorskie
- lubelskie
- lubuskie
- łódzkie
- małopolskie
- mazowieckie
- opolskie
- podkarpackie
- podlaskie
- pomorskie
- śląskie
- świętokrzyskie
- warmińsko-mazurskie
- wielkopolskie
- zachodnio-pomorskie

Pouczenie: uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu cywilnego.

1. Dane uczestnika

Imię	
Nazwisko	
Nazwisko rodowe	
PESEL	

¹ W przypadku wypełniania dokumentacji odręcznie

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Wkształcenie posiadane (zaznaczyć właściwe)	<p>POZIOM WYKSZTAŁCENIA - TYPY SZKÓŁ:</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 1 podstawowe - Szkoła podstawowa</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 2 gimnazjalne - Gimnazjum</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 3 ponadgimnazjalne - Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 4 policealne - Szkoły policealne</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 5 studia krótkiego cyklu - Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych (podlega MPiPS)</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 6 studia licencjackie lub odpowiedniki - Studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat),</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 7 studia podyplomowe studia magisterskie lub odpowiedniki - Studia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie (tytuł zawodowy: magister)</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 8 studia doktoranckie - Studia doktoranckie</p>
2. Dane kontaktowe	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica (bez ul. sama nazwa ulicy)	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

<p>Status na rynku pracy (zaznaczyć właściwe)</p>	<p>1) Osoba pracująca:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie<input type="checkbox"/> Inne <p>Nazwa i adres miejsca zatrudnienia:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Zaznacz właściwe (jeżeli dotyczy):</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem zatrudniona/ny oraz udzielam świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia, finansowanych z NFZ.<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem zatrudniona/ny oraz udzielam świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w podmiotach niepublicznych prowadzących działalność tylko komercyjną (bez umowy z NFZ). <p>2) Osoba niepracująca:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integralności społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodzin i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny (jaki)
Osoba należąca 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
Czy w związku z powyższą informacją zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak (jaki) <input type="checkbox"/> Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
4. Deklaracje, oświadczenia*	

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE nr POWR.07.01.00-00-0001/22, pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” w ramach Działania 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Rozwoju Kadr Medycznych w partnerstwie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, finansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia, nr Projektu: POWR.07.01.00-00-0001/22-00, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Rozwoju Kadr Medycznych, w partnerstwie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
2. spełniam wszystkie wymogi formalne i akceptuję zasady udziału określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020;
4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest finansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych niezbędnych w procesie realizacji projektu;
6. zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników, prowadzonych przez MZ - Lidera projektu lub CMKP - Partnera projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
9. oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, załączone dokumenty oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Nadto:

- 1) Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie;
- 2) Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich szkoleniach w 100%;
- 3) Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich wymaganych dokumentów niezbędnych w procesie realizacji projektu, w tym m. in. list obecności;
- 4) Zostałem poinformowany o prawie bycia zapomnianym, sprostowania oraz zgłaszania naruszeń;
- 5) Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (nr telefonu) dla celów realizacji projektu;

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

<p>6) W przypadku mojej rezygnacji (nawet częściowej) z udziału w projekcie z przyczyn niezaprobowanych przez MZ – Lidera projektu lub w przypadku naruszenia przeze mnie postanowienia Regulaminu rekrutacji zobowiązuje się do zwrotu na rzecz Ministra Zdrowia całości lub części kosztów, w tym należności ubocznych, związanych ze wsparciem, które otrzymałem w ramach projektu.</p> <p>7) Jeżeli w trakcie trwania szkolenia realizowanego w ramach projektu bez uzasadnionych przyczyn nie podejmę podnoszenia kompetencji zawodowych lub przerwę podnoszenie tych kompetencji, zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez MZ – Lidera projektu z tytułu świadczeń na ten cel za okres do momentu uzyskania przez MZ- Lidera projektu wiedzy o zaniechaniu lub przerwaniu podnoszenia kompetencji przeze mnie.</p>	
<p>CZYTELNY PODPIS</p> <p>/podpisano elektronicznie/**</p> <p>**niepotrzebne skreślić</p>	<p>.....</p>
<p>Data</p>	

Załączniki:

1. Kopia dyplomu/świadectwa/certyfikatu potwierdzającego kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego
2. Oświadczenie 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. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” o nr **POWR.07.01.00-IP.05-00-0001/22**, 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 r. 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” oraz „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, 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 – **Ministra Zdrowia, z siedzibą przy ul. Miodowej 15, 00-952 Warszawa**, beneficjentowi realizującemu projekt – **Departamentowi Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia** oraz podmiotowi, który na zlecenie beneficjenta uczestniczy w realizacji projektu **oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, z siedzibą przy ul. Marymonckiej 99/103, 01-813**

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Warszawa. 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 przekażę 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 państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
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@mz.gov.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@mfi.pr.gov.pl.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jeżeli spełnione są przesłanki określone w RODO.
15. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU