

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROJEKCIE pn.  
„Działania profilaktyczno-edukacyjno-informacyjne w zakresie profilaktyki raka piersi pn.  
SIŁA KOBIETY”**

*(wypełniać drukowanymi literami,  zaznaczać właściwe odpowiedzi X)*

|           |              |   |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------------|---|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NAZWISKO: | IMIĘ:        | PESEL:  | DATA URODZENIA:             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |              | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |              |   |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TELEFON:  | E-MAIL:      | POWIAT:   |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |              |   |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GMINA:    | MIEJSCOWOŚĆ: | KOD POCZTOWY:   | ULICA/NR<br>BUDYNKU/LOKALU: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |              |   |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**1. Płeć:**  Kobieta,  Mężczyzna

**2. Wykształcenie:**  niższe niż podstawowe,  podstawowe,  gimnazjalne,  ponadgimnazjalne,  
 policealne,  wyższe

**3. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:**

osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:  osoba długotrwale bezrobotna;  osoba bierna zawodowo, w tym:  osoba ucząca się,  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu;

osoba pracująca, w tym:  osoba pracująca w administracji rządowej,  
 osoba pracująca w administracji samorządowej,  
 osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie,  
 osoba pracująca w Organizacji pozarządowej,  
 osoba prowadząca działalność na własny rachunek,  
 osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

**4. Wykonywany zawód** (dotyczy osób pracujących):  nauczyciel kształcenia zawodowego,  nauczyciel kształcenia ogólnego,  nauczyciel wychowania przedszkolnego,  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego,  pracownik instytucji rynku pracy,  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia,  rolnik,  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej,  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej,  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej,  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej,  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej,  instruktor praktycznej nauki zawodu,  Inny zawód

**5. Miejsce zatrudnienia:**

*Dotyczy osób zatrudnionych. Należy podać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa w którym jest się zatrudnionym.*

**6. Status uczestnika projektu:**

a. osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:

TAK,  NIE,  ODMOWA ODPOWIEDZI

b. osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

TAK,  NIE,  ODMOWA ODPOWIEDZI

c. osoba z niepełnosprawnościami:  TAK,  NIE



d. osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):

TAK,  NIE,  ODMOWA ODPOWIEDZI

**7. MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE** (kryteria włączenia): *Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie MUSI PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA:*

a. **Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej:**  Jestem osobą aktywną zawodowo lub

Deklaruję gotowość podjęcia zatrudnienia (w przypadku osób niepracujących)

b. **Mieszkam, pracuję lub uczę się w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie subregionu Tarnowskiego:**  powiat tarnowski,  brzeski,  dąbrowski,  miasto Tarnów

c. **Jestem kobietą w wieku od 50 do 69 lat:**  TAK,  NIE

**8. Wyrażanie chęci skorzystania z wsparcia w ramach projektu** (jedna odpowiedź do wyboru):

Szkolenie indywidualne informacyjno-edukacyjne prowadzone przez lekarza ginekologa/położną POZ,

Spotkanie indywidualne informacyjne o programie prowadzone przez technika elektroradiologii,

Szkolenie grupowe informacyjno-edukacyjne prowadzone w:  zakładzie pracy,  innych podmiotach med.,  innych miejscach zorganizowanych

**9. Dodatkowo w ramach projektu skorzystam** (jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru) z:

zwrotu kosztów transportu uczestnika projektu, będącego osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności,

transportu medycznego uczestnika projektu, będącego osobą z dysfunkcją narządu ruchu,

zwrotu kosztu opieki nad osobą niesamodzielną na czas uczestnictwa w projekcie,

badania mammograficznego finansowanego z NFZ.

### Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisana deklaram udział w projekcie pn. „Działania profilaktyczno-edukacyjno-informacyjne w zakresie profilaktyki raka piersi pn. SIŁA KOBIEITY”, realizowanym przez Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o. w ramach 8. Osi Priorytetowej Rynek Pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużenia aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne, typ projektu A: Wdrażanie krajowych programów zdrowotnych dotyczących rozwoju profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i piersi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

**Oświadczam równocześnie, że:**

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności, zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Działania profilaktyczno-edukacyjno-informacyjne w zakresie profilaktyki raka piersi pn. SIŁA KOBIEITY”, uprawniające mnie do udziału w Projekcie,
2. Zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Działania profilaktyczno-edukacyjno-informacyjne w zakresie profilaktyki raka piersi pn. SIŁA KOBIEITY” oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zostałam poinformowana, iż projekt „Działania profilaktyczno-edukacyjno-informacyjne w zakresie profilaktyki raka piersi pn. SIŁA KOBIEITY” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Zostałam poinformowana, iż udział w projekcie „Działania profilaktyczno-edukacyjno-informacyjne w zakresie profilaktyki raka piersi pn. SIŁA KOBIEITY” ma mi pomóc w pozostaniu na rynku pracy lub wejściu/powrocie na rynek pracy.

5. Przedstawione przeze mnie w Formularzu zgłoszeniowym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadoma odpowiedzialności, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
6. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.

***Pouczenie:** Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.*

W związku z przystąpieniem do projektu **pn. „Działania profilaktyczno-edukacyjno-informacyjne w zakresie profilaktyki raka piersi pn. SIŁA KOBIECY” nr RPMP.08.06.02-12-0327/20**

oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa,
2. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 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 ustanawiające 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;
  - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
  - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;
  - d) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;
3. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Działania profilaktyczno-edukacyjno-informacyjne w zakresie profilaktyki raka piersi pn. SIŁA KOBIECY”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Krakowie, Plac Na Stawach 1, 30-107 Kraków** (nazwa i adres właściwej IP), beneficjentowi realizującemu projekt – **Mościckiemu Centrum Medycznemu Sp. z o.o., ul. E.**



- Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów** (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – **Tarnowskiej Agencji Rozwoju Regionalnego S.A., ul. Szujskiego 66, 33-100 Tarnów** (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego<sup>1</sup>, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
5. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później<sup>2</sup>;
  6. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
  7. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, zgodnie z art. 15, 16-18 RODO;
  8. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
  9. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
  10. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane
  11. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
    - a) wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych Osobowych UMWM<sup>3</sup> lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;
    - b) wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 2, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych Osobowych MIIR<sup>4</sup>;
    - c) działającym w ramach Instytucji Pośredniczącej, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych WUP<sup>5</sup> lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych WUP, Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, plac Na Stawach 1, 30-107 Kraków;
  12. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji<sup>6</sup>;
  13. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy<sup>7</sup>;

<sup>1</sup>Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju

<sup>2</sup>Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu (m. in. decyduje tutaj kwestia pomocy publicznej, rozliczania VAT, mechanizmów odzyskiwania, archiwizacji itp.)

<sup>3</sup>iodo@umwm.malopolska.pl

<sup>4</sup>iod@miir.gov.pl

<sup>5</sup>ochronadanych@wup-krakow.pl

<sup>6</sup> Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

<sup>7</sup> Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy



14. do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej)<sup>8</sup>.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika projektu

**Potwierdzenie wykonania szkolenia indywidualnego (należy znaczyć właściwe szkolenie):**

**Potwierdzam skorzystanie z:**

- Szkolenia indywidualnego informacyjno-edukacyjne prowadzonego przez lekarza ginekologa/położną POZ<sup>9</sup>
- Spotkania indywidualnego informacyjnego o programie prowadzone przez technika elektroradiologii

.....  
data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika projektu

.....  
data

.....  
Czytelny podpis osoby szkolącej

<sup>8</sup>Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

<sup>9</sup>niepotrzebne skreślić