

Załącznik nr 1

**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: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													DATA URODZENIA:
TELEFON:	E-MAIL:		POWIAT:												
GMINA:	MIEJSCOWOŚĆ:	KOD POCZTOWY:	ULICA/NR 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 deklaruję 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 KOBIETY” 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 KOBIETY”**, 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 Powierzającego¹, 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 później²;
 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 UMWM³ 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 MIIR⁴;
 - c) działającym w ramach Instytucji Pośredniczącej, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych WUP⁵ 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 kompetencji⁶;
 13. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy⁷;

¹Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju

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

³iodo@umwm.malopolska.pl

⁴iod@miir.gov.pl

⁵ochronadanych@wup-krakow.pl

⁶ Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

⁷ 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)⁸.

.....
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 POZ⁹
- Spotkania indywidualnego informacyjnego o programie prowadzone przez technika elektroradiologii

.....
data

.....
Czytelny podpis Uczestnika projektu

.....
data

.....
Czytelny podpis osoby szkolącej

⁸Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

⁹niepotrzebne skreślić