

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROJEKCIE pn.
„Działania profilaktyczno-edukacyjno-informacyjne w zakresie profilaktyki raka piersi pn. SIŁA KOBIECY”
(wypełniać drukowanymi literami, □ zaznaczać właściwe odpowiedzi X)

NAZWISKO:	IMIĘ:	PESEL:	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. Dodatkowe kryteria włączenia do projektu:

- a. Nie miałam wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy: TAK, NIE
- b. Występuje rak piersi wśród u członków rodziny (matki, siostry lub córki) - badanie należy wykonać po upływie 12 miesięcy, na podstawie pisemnego wskazania do wykonania ponownego badania z roku poprzedzającego: TAK, NIE
- c. Występują u mnie mutacje w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2 – badanie należy wykonać po upływie 12 miesięcy, na podstawie pisemnego wskazania do wykonania ponownego badania z roku poprzedzającego: TAK, NIE

9. 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 projekcie prowadzone przez technika elektroradiologii
- Szkolenie grupowe informacyjno-edukacyjne prowadzone w: zakładzie pracy, innych podmiotach med., innych miejscach zorganizowanych

10. 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 zobowiązuje 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 KOBIEITY” 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 uchylające 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 KOBIEITY”**, 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 uznaję, 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;
 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 projekcie prowadzone przez technika elektroradiologii

.....
data

.....
Czytelny podpis Uczestnika projektu

.....
data

.....
Czytelny podpis osoby szkolącej

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

⁸Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

⁹niepotrzebne skreślić