

Formularz rekrutacyjny

Imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Nie posiadam numeru PESEL

Data i miejsce urodzenia: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____

Adres e-mail: _____

Data ostatniej miesiączki

Tygodnie ciąży

We wsparciu w ramach projektu chcę uczestniczyć wraz z osobą towarzyszącą:

- Tak
 Nie

Należę do jednej z poniższych grup:

- osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej;
 osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
 osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą;
 osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;
 osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii;
 osoby z niepełnosprawnością;
 osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
 osoby niesamodzielne;
 osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań;
 osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
 osoby korzystające z PO PŻ.
 nie spełniam żadnego z powyższych punktów.

Oświadczam, iż nie mam wskazań do objęcia mnie profilaktycznym programem badań prenatalnych refundowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia więc:

- nie mam wieku powyżej 35 lat,
 w poprzedniej ciąży nie wystąpiły aberracje chromosomowe płodu/ dziecka,
 nie stwierdzono wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u mnie lub u ojca mojego dziecka,
 nie stwierdzono znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową,
 nie stwierdzono w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększenie ryzyka aberracji chromosomowej lub wady płodu,

Data i podpis: _____

Oświadczenia:

Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych informacji.

Data i podpis: _____

Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem projektu i akceptuję jego treść

Data i podpis: _____

Oświadczenia:

Oświadczam, że nie jestem objęta tożsamym wsparciem finansowanym w ramach innego projektu lub zadania finansowanego ze środków publicznych, w szczególności z NFZ.

Data i podpis: _____

Dane do PEFS:

Wykształcenie:

- Niższe niż podstawowe (ISCED 0)
- Podstawowe (ISCED 1)
- Gimnazjalne (ISCED 2)
- Ponadgimnazjalne (ISCED 3)
- Policealne (ISCED 4)
- Wyższe (ISCED 5-8)

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

- Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 - W tym długotrwale bezrobotna
 - Inne
- Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 - W tym długotrwale bezrobotna
 - Inne
- Osoba bierna zawodowo
 - W tym osoba ucząca się
 - W tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
 - Inne
- Osoba pracująca
 - W administracji rządowej
 - W administracji samorządowej
 - W dużym przedsiębiorstwie
 - W MMŚP (mikro, małe lub średnie przedsiębiorstwa)
 - W organizacji pozarządowej
 - Na własny rachunek (prowadząca działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową)
 - Inne

Wykonywany zawód:

- Instruktor praktycznej nauki zawodu
- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- Nauczyciel kształcenia ogólnego
- Nauczyciel kształcenia zawodowego
- Nauczyciel wychowania przedszkolnego
- Pracownik instytucji rynku pracy
- Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik
- Inny

Zatrudniony/a w (nazwa i adres):

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

- Tak
- Nie
- Odmowa podania informacji

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

- Tak
- Nie

Osoba z niepełnosprawnościami

- Tak
- Nie
- Odmowa podania informacji

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

- Tak
- Nie

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących - w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

- Tak
- Nie

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

- Tak
- Nie

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)

- Tak
- Nie
- Odmowa podania informacji

Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych informacji.

Data i podpis _____

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu „Będę Mamą zdrowego dziecka” przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: daneosobowe@slaskie.pl.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
 - udzielenia wsparcia
 - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
 - monitoringu
 - ewaluacji
 - kontroli
 - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
 - sprawozdawczości
 - rozliczenia projektu
 - zachowania trwałości projektu
 - archiwizacji.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej: RODO), wynikający z:
 - a) art. 125 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 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
 - b) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt „Będę Mamą zdrowego dziecka” w Centrum Medycznym Krzysztofa Sodowskiego Sp. kom. z siedzibą Katowicach ul. Piotowicka 83.
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

*W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisany(a) _____

/Imię i nazwisko składającego oświadczenie/

Zam. _____

/adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy/

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Wyrażam chęć wzięcia udziału w projekcie „Będę mamą zdrowego dziecka” (nr projektu WND-RPSL.09.02.06-24-0752/17) realizowanym przez Centrum Medyczne Sadowski sp. k., ul. Piotrowicka 83, 40-724 Katowice w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Oś priorytetowa IX Włączenie społeczne, Działanie 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych - konkurs

2. Zapoznałem//łam się z wymogami projektu i zgodnie z nimi jestem uprawniony do uczestnictwa w projekcie:

- jako pacjentka:
 - mam maksymalnie 34 lata;
 - jestem z województwa śląskiego (wg Kodeksu Cywilnego);
 - nie jestem objęta tożsamym wsparciem finansowanym w ramach innego projektu lub zadania finansowanego ze środków publicznych, w szczególności z NFZ,
 - nie kwalifikuję się do objęcia mnie Programem Badań Prenatalnych NFZ
- jako personel medyczny:
 - jestem lekarzem w wieku 24-64 lata w trakcie specjalizacji lub specjalistą z województwa śląskiego (wg Kodeksu Cywilnego) lub
 - jestem położoną z wykształceniem wyższym z województwa śląskiego (wg Kodeksu Cywilnego).

Uprzedzony/na o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

Katowice dnia _____

czytelny podpis Uczestniczki /ka projektu

ZGODA pacjenta
na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych

Ja, niżej podpisana _____

posiadający numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

w oparciu o przepis art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 32 i nast. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot leczniczy **Centrum Medyczne Krzysztof Sodowski Sp. komandytowa** i przez lekarza udzielającego mi świadczenia z ramienia tego podmiotu, a mianowicie **Usług medycznych realizowanych w ramach projektu „Będę mamą zdrowego dziecka” WND-RPSL.09.02.06-24-0752/17.**

Katowice dnia _____

Podpis uczestniczki projektu/przedstawiciela ustawowego*

Załącznik 5 do regulaminu projektu „Będę mamą zdrowego dziecka”

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTU
BĘDĘ MAMĄ ZDROWEGO DZIECKA WND-RPSL.09.02.06-24-0752/17**

Szanowna Pani

W związku z wejściem w życie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej: RODO) chcemy Panią poinformować, że:

1. Administratorem Pani danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
2. Centrum Medyczne Krzysztof Sodowski Sp. kom 40-724 Katowice ul .Piotrowicka 83 jest procesorem w ramach powierzonych mu celów przetwarzania.
3. Podanie danych osobowych w związku z realizacją projektu BĘDĘ MAMĄ ZDROWEGO DZIECKA WND-RPSL.09.02.06-24-0752/17 jest dobrowolne. Ich nie podanie uniemożliwia kwalifikację do projektu jego realizację co jest jednoznaczne z brakiem możliwości uczestnictwa w projekcie.
4. Odbiorcą Pani danych osobowych będą następujące podmioty:
 - Zarząd Województwa Śląskiego i jego przedstawiciele w ramach prowadzonego projektu
 - Pracownicy Centrum wyznaczeni do obsługi projektu w zakresie medycznym i administracyjnym
 - Podmioty zewnętrzne lekarze laboratoria, podmioty świadczące specjalistyczne usługi medyczne
 - Podmioty realizujące usługi IT urzędzeń i programów medycznych niezbędnych do realizacji projektu
 - Sanepid
 - Organ kontrolujący Nadzoru Państwowego
 - Organy ścigania na mocy odrębnych upoważnień

Pani dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Projektu Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, a także przez okres 20 lat lub dłużej w wypadku wystąpienia innych wymagań określonych w ustawach medycznych

Katowice data _____

Podpis uczestniczki projektu/przedstawiciela ustawowego*

OŚWIADCZENIE

o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji

Ja, niżej podpisana _____
nie upoważniam nikogo / upoważniam wskazane poniżej osoby*, do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

1. _____
(imię, nazwisko, data urodzenia)
2. _____
(imię, nazwisko, data urodzenia)

Podpis uczestniczki projektu/przedstawiciela ustawowego*

OŚWIADCZENIE

o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Jednocześnie **nie upoważniam nikogo / upoważniam wskazane poniżej osoby***, do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

1. _____
(imię, nazwisko data urodzenia)
2. _____
(imię, nazwisko, data urodzenia)

W przypadku braku oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, podmiot leczniczy, który prowadzi dokumentację medyczną nie może jej udostępnić osobom trzecim, w tym również członkom rodziny zmarłego pacjenta, z zastrzeżeniem przypadków przewidzianych przepisami ustawy.

Podpis uczestniczki projektu/przedstawiciela ustawowego*

Proszę o przekazanie za pośrednictwem poczty elektronicznej moich wyników badań biochemicznych* cytologicznych* / genetycznych* / laboratoryjnych* oraz drogą SMS informacji o kolejnej wizycie.

Numer telefonu kontaktowego _____

Nieobowiązkowe

Adres e-mail _____

Nieobowiązkowe

Podpis uczestniczki projektu wyrażającej zgodę