

## 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 zakładu pracy):

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 w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

- Tak
- Nie
- Odmowa podania informacji

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

Data i podpis uczestnika projektu \_\_\_\_\_

## 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. Piotrowicka 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/

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 Sodowski 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.

\_\_\_\_\_  
miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
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](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: [bip.slaskie.pl](http://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 urzędów i programów medycznych niezbędnych do realizacji projektu
  - Sanepid
  - Organ kontrolujący Nadzoru Państwowego
  - Organy ścigania na mocy odrębnych upoważnień
5. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

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 w siedzibie Beneficjenta.

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 pacjenta/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 pacjenta /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 pacjenta /przedstawiciela ustawowego\*