Centrum Medyczne Piotrowicka Sp. z o.o. Sp. komandytowa
Katowice 40-724 Piotrowicka 83

Załącznik nr 1 do regulaminu projektu „ Będę mamą zdrowego dziecka"

Formularz rekrutacyjny dla personelu

Imię i nazwisko: _____

PESEL:

☐ Nie posiadam numeru PESEL

Data i miejsce urodzenia:_____

Adres zamieszkania:_____

Telefon kontaktowy: _____

Adres e-mail:_____

Wybieram szkolenie:

☐ Komunikacji z pacjentem oparta na zaufaniu

Jestem:
- ☐ Pielęgniarką/położną/położnym, posiadam prawo wykonywania zawodu(w załączeniu kserokopia)
- ☐ Lekarzem/Lekarką ginekologiem posiadam prawo wykonywania zawodu oraz dyplom specjalisty(w załączeniu kserokopia)
- ☐ innym personelem medycznym wykonującym zadania z zakresu opieki nad dzieckiem w okresie okołoporodowym

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 jest objęta tożsamym wsparciem finansowanym w ramach innego lub zadania finansowanego ze środków publicznych, w szczególności z NFZ;

Data i podpis:_____

Centrum Medyczne Piotrowicka Sp. z o.o. Sp. komandytowa
Katowice 40-724 Piotrowicka 83

Załącznik nr 1A do regulaminu projektu „ Będę mamą zdrowego dziecka"

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_____

Centrum Medyczne Piotrowicka Sp. z o.o. Sp. komandytowa
Katowice 40-724 Piotrowicka 83

Załącznik nr 2 do regulaminu projektu „ Będę mamą zdrowego dziecka"

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 ciążący 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 Piotrowicka Sp. z o .o. 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.

Centrum Medyczne Piotrowicka Sp. z o.o. Sp. komandytowa
Katowice 40-724 Piotrowicka 83

Załącznik nr 3 do regulaminu projektu „ Będę mamą zdrowego dziecka"

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 Będą mamą zdrowego dziecka" (nr projektu WND-RPSL.09.02.06-24-0752/17) realizowanym przez **Centrum Medyczne Piotrowicka Sp. z o.o. 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 jest objęta tożsamym wsparciem finansowanym w ramach innego projektu (dot. bezpłatnych badań prenatalnych w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Śląskiego na lata 2017-2020 realizowanego przez inną placówkę) 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 ginekologiem położnikiem w wieku 24-64 lata w trakcie specjalizacji lub specjalistą z województwa śląskiego (wg Kodeksu Cywilnego)
  - ☐ jestem położoną z województwa śląskiego (wg Kodeksu Cywilnego).
  - ☐ innym personelem medycznym wykonującym zadania z zakresu opieki nad dzieckiem w okresie okołoporodowym

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

Centrum Medyczne Piotrowicka Sp. z o.o. Sp. komandytowa
Katowice 40-724 Piotrowicka 83

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 wżycie 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. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
2. Centrum Medyczne Piotrowicka Sp. z o .o. 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 urządzeń 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

Formularz odwołania od wyników rekrutacji

Imię i nazwisko: _____

PESEL:

☐ Nie posiadam numeru PESEL

Adres zamieszkania (w przypadku braku numeru PESEL):

Oświadczam, że nie zgadzam się z wynikiem rekrutacji i nieprzyjęciem mnie do projektu.

Uzasadnienie:

Które z punktów regulaminu nie zostały spełnione?

Które kryteria Pani/Pana zdaniem decydują o przyjęciu do projektu?

Data i podpis:

Wypełnia Beneficjent
Data rekrutacji:
Data odmowy przyjęcia do projektu:
Uzasadnienie:

Decyzja zarządu:

Data i podpis: _____

Deklaracja rezygnacji w projekcie

Imię i nazwisko:
PESEL:

☐ Nie posiadam numeru PESEL
Adres zamieszkania (w przypadku braku numeru PESEL):

_____

Oświadczam, że rezygnuję z dalszego uczestnictwa w projekcie.
Uzasadnienie:

Oświadczam, że znana jest mi treść Regulaminu projektu i akceptuję jego warunki zwłaszcza w zakresie zapisów dotyczących rezygnacji i udziału w projekcie.

Data i podpis: _____