

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

pt. „Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otolaryngologii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki”,
nr POWR.05.04.00-00-0156/18-00

Oś Priorytetowa: V. Wsparcie dla obszaru zdrowia

Działanie: 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych

Informacje ogólne

1. Projekt pt. „Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otolaryngologii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki” realizowany jest przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu z siedzibą w Warszawie, ul. Mochnackiego 10.
2. Projekt realizowany jest w ramach osi V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, działania 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.
3. Celem głównym Projektu jest rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji lekarzy, w tym specjalizujących się w otorynolaryngologii, audiologii i foniatrii, otorynolaryngologii dziecięcej, okulistyce oraz chirurgii szczękowo-twarzowej.
4. W ramach Projektu realizowane będą szkolenia podyplomowe przeznaczone dla lekarzy – rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej.
5. Projekt realizowany jest w okresie od 01.10.2018 r. do 30.11.2023 r.
6. Wszelkie pytania dotyczące Projektu prosimy kierować pocztą elektroniczną na adres: centrumsymulacji@ifps.org.pl lub telefonicznie pod numerem +48 22 276 95 54.

§1

Słownik pojęć

Użyte w niniejszym Regulaminie pojęcia oznaczają:

1. **Projekt** – Projekt pt. „Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otolaryngologii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki”.
2. **Realizator Projektu** – Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu.
3. **EFS** – Europejski Fundusz Społeczny.
4. **Kandydat** – osoba fizyczna, która złożyła dokumenty rekrutacyjne i ubiega się tym samym o udział w szkoleniu.



5. **Formularz rekrutacyjny** – dokument, który wypełnia Kandydat w procesie rekrutacyjnym, stanowiący załącznik nr 1.
6. **Kryterium formalne dostępu** – podstawowy warunek, który musi spełnić Kandydat aby uczestniczyć w szkoleniu.
7. **Kryteria merytoryczne punktowane** – wskaźniki podlegające ocenie punktowej w procesie rekrutacji, po spełnieniu kryterium formalnego dostępu.
8. **Uczestnik Projektu** – osoba fizyczna będąca lekarzem i bezpośrednio korzystająca z interwencji EFS, o której mowa w *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014 – 2020* z dn. 9 lipca 2018 r.
9. **Oświadczenie Uczestnika Projektu** – dokument, który wypełnia Uczestnik Projektu, stanowiący załącznik nr 2.
10. **Formularz Uczestnika Projektu** – dokument, który wypełnia Uczestnik Projektu stanowiący załącznik nr 3.
11. **Harmonogram udzielania wsparcia w Projekcie** – harmonogram szkoleń, dokument stanowiący załącznik nr 4.
12. **Biuro Projektu** – Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Mokra 17, Kajetany, 05-830 Nadarzyn.

§2

Rekrutacja

1. Pierwszy nabór Uczestników zaplanowano na sierpień 2020 r. Harmonogram rekrutacji zostanie opublikowany na stronie internetowej Realizatora Projektu – www.whc.ifps.org.pl. I będzie aktualizowany na bieżąco.
2. Realizator Projektu zastrzega sobie możliwość wcześniejszego wstrzymania rekrutacji.
3. Warunkiem wzięcia udziału w procesie rekrutacji jest wysłanie e-mailem skanu wypełnionego i własnoręcznie podpisanego Formularza rekrutacyjnego wraz z prawem wykonywania zawodu na adres e-mail: centrumsymulacji@ifps.org.pl
Potwierdzenie zakwalifikowania się do udziału w szkoleniu zostanie przesłane w osobnym e-mailu.
4. Po otrzymaniu informacji potwierdzającej zakwalifikowanie się do uczestnictwa w szkoleniu, należy wypełnić i własnoręcznie podpisać Oświadczenie Uczestnika Projektu (zał. 2) oraz Formularz Uczestnika Projektu (zał. 3), a następnie wysłać skany na adres e-mail: centrumsymulacji@ifps.org.pl oraz oryginały dokumentów na adres:

Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
Zespół ds. Realizacji i Obsługi Projektów
Mokra 17, Kajetany
05-830 Nadarzyn

5. W przypadku otrzymania nieprawidłowo wypełnionego Formularza rekrutacyjnego, zostanie wysłana informacja zawierająca zakres danych wymagających uzupełnienia. Kandydat ma prawo do jednorazowego uzupełnienia dokumentów rekrutacyjnych.
6. W przypadku braku lub nieprawidłowego uzupełnienia dokumentów rekrutacyjnych, Kandydat zostanie odrzucony z możliwością aplikowania w kolejnej rundzie rekrutacji.

7. Za datę otrzymania dokumentów rekrutacyjnych uznaje się datę wpływu kompletnych i poprawnie wypełnionych dokumentów rekrutacyjnych.
8. Złożenie kompletnych dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się na szkolenie. Kwalifikacja do uczestnictwa w szkoleniu dokonywana będzie w oparciu o kryterium formalne dostępu oraz kryteria merytoryczne punktowane.
9. Kryterium formalne dostępu – kryterium formalne spełnia lekarz, który z własnej inicjatywy wyraża chęć udziału w Projekcie, zatrudniony w podmiocie leczniczym (bez względu na formę zatrudnienia) oraz lekarz wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej, jako praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 *Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r., poz. 160)*.
Kryterium formalne spełnia również lekarz rezydent.
10. Kryteria merytoryczne punktowane:
 - o specjalizacja w jednej z dziedzin: otorynolaryngologia, audiologia i foniatria, okulistyka, chirurgia (waga punktowa – w przypadku spełnienia kryterium: 10 pkt, w przypadku niespełnienia kryterium: 0 pkt),
 - o miejsce zamieszkania inne niż woj. mazowieckie (waga punktowa– w przypadku spełnienia kryterium: 10 pkt, w przypadku niespełnienia kryterium: 0 pkt),
 - o liczba publikacji z okresu ostatnich 3 lat (waga punktowa – więcej niż 3 publikacje – 20 pkt., – 1-3 publikacji – 10 pkt., – 0 publikacji – 0 pkt).
11. Na podstawie przyznanej punktacji sporządzona zostanie lista rankingowa danej rundy rekrutacyjnej.
12. W przypadku uzyskania równej liczby punktów, decydująca będzie kolejność zgłoszeń.
13. W przypadku wyczerpania limitu miejsc w danej rundzie, kandydat zostanie wpisany na listę rezerwową. Kandydat zostanie poinformowany o wyniku rekrutacji za pośrednictwem poczty elektronicznej.

§3

Uczestnicy Projektu

1. Projekt adresowany jest do lekarzy, którzy z własnej inicjatywy wyrażają chęć udziału w Projekcie, zatrudnieni w podmiotach leczniczych (bez względu na formę zatrudnienia) oraz lekarze wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ustawy o działalności leczniczej. Po ukończeniu kursu doskonalącego pogłębią oni swoją wiedzę i umiejętności praktyczne w zakresie chorób układu krążenia (w tym kardiologii prenatalnej, dziecięcej kardiologii interwencyjnej) i/lub chorób nowotworowych (w tym leczenia bólu) i/lub chorób i zaburzeń psychicznych i/lub chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego i/lub chorób układu oddechowego i/lub umiejętności chirurgicznych. Uczestnikiem Projektu nie jest podmiot leczniczy, jako uczestnik instytucjonalny.
W ramach grupy docelowej uwzględnieni zostali również lekarze rezydenci.
2. Uczestnik Projektu może wziąć udział tylko w jednej edycji szkolenia.
3. Uczestnik Projektu zobowiązany jest w szczególności do:
 - podpisania Oświadczenia Uczestnika Projektu oraz Formularza Uczestnika Projektu,

- obecności na szkoleniu i podpisania listy obecności każdego dnia szkolenia (w przypadku szkolenia zdalnego – potwierdzenie obecności za pomocą formularza online/oświadczenia),
- przestrzegania zasad bezpieczeństwa, które zostaną przedstawione w trakcie szkolenia.

§4

Szkolenia

1. Szkolenia realizowane będą w 40 edycjach w okresie realizacji Projektu.
2. Harmonogram udzielania wsparcia w Projekcie – harmonogram szkoleń zostanie opublikowany na stronie internetowej www.whc.ifps.org.pl niezwłocznie po uzyskaniu przez Realizatora informacji o planowanym terminie realizacji wsparcia, nie później niż w terminie 2 tygodni przed planowaną datą udzielenia wsparcia. Informacje zawarte w harmonogramie będą na bieżąco aktualizowane w przypadku zaistnienia zmian.
3. Warunkiem uzyskania certyfikatu ze szkolenia jest 100% obecność oraz uzyskanie pozytywnego wyniku z egzaminu końcowego.
4. Egzamin końcowy z umiejętności praktycznych nie obowiązuje w przypadku szkoleń odbywających się w formie zdalnej.

§5

Zwrot kosztów dojazdu

1. W przypadku miejsca zamieszkania Uczestnika innego niż Kajetany, Realizator zapewni Uczestnikowi możliwość zakwaterowania w wybranym przez Realizatora hotelu o standardzie maksymalnie 3* przez maksymalnie 3 doby.
2. Realizator może dokonać Uczestnikowi zwrotu kosztów dojazdu z miejsca zamieszkania do miejsca szkolenia – zwrot jest możliwy tylko za te dni, których obecność na zajęciach została poświadczona podpisem Uczestnika Projektu na liście obecności i tylko do wysokości opłat za środki transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na danym obszarze.

Istnieje możliwość korzystania ze środków transportu prywatnego (samochód) jako refundacja wydatku faktycznie poniesionego, jednakże tylko do wysokości ceny biletu środkami transportu publicznego na danej trasie. Kwota zwrotu za dojazd Uczestnika Projektu na szkolenie uzależniona jest od cenników operatorów komunikacji publicznej. Zwrot kosztów za dojazd będzie dokonywany na podstawie wniosku Uczestnika Projektu, który wraz z wnioskiem przekaże dokumenty poświadczające wnioskowaną kwotę przejazdu, tj. bilety lub bilet za dojazd oraz stosowne oświadczenie zawierające dane na temat okresu dojazdu, trasy, wysokości kwoty.

3. §5 nie dotyczy szkoleń realizowanych w formie zdalnej.

Kajetany, 29.01.2021 r.

Załącznik nr 1. Formularz Rekrutacyjny

Projekt pt. „Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otolaryngologii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki”



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



FORMULARZ REKRUTACYJNY

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE (NAJLEPIEJ DRUKOWANYMI LITERAMI) A ODPOWIEDNIE POŁA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM "X"																					
Data szkolenia																					
Imię i nazwisko																					
Płeć (proszę wstawić znak "X" przy wybranej pozycji)	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna																				
PESEL (proszę wstawić znak "X" przy wybranej pozycji)	<input type="checkbox"/> Posiadam numer PESEL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <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> <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> <input type="checkbox"/> Nie posiadam numeru PESEL																				
Telefon kontaktowy																					
Adres e-mail																					
Adres zamieszkania Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu	Ulica: Nr domu: Nr lokalu: Kod pocztowy: ____ - ____ Miejscowość: Gmina: Powiat: Województwo:																				
Numer prawa wykonywania zawodu (PWZ)																					
Specjalizacje (proszę wstawić znak "X" przy wybranej pozycji)	<input type="checkbox"/> otorynolaryngologia <input type="checkbox"/> audiologia i foniatria <input type="checkbox"/> inne lub brak <input type="checkbox"/> chirurgia <input type="checkbox"/> okulistyka																				
Liczba publikacji (z okresu ostatnich 3 lat)	<input type="checkbox"/> 0 publikacji <input type="checkbox"/> 1-3 publikacje <input type="checkbox"/> więcej niż 3 publikacje																				

Informuję, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pt. „Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otolaryngologii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki” i akceptuję jego zapisy

.....
Data

.....
Czytelni podpis Kandydata

Nasz Instytut dokłada wszelkiej staranności, aby adekwatnie zabezpieczyć Państwa dane osobowe związane ze świadczeniem usług szkoleniowych dot. Projektu pt. **„Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otolaryngologii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki”**, jak również przekazać wszystkim osobom, których dane osobowe przetwarza, wyczerpujące informacje o zakresie i sposobie przetwarzania ich danych. W związku z powyższym przekazujemy poniższe informacje.

Tożsamość i dane kontaktowe administratora

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, z siedzibą w Warszawie, ul. Mochnackiego 10, 02-042 Warszawa (tel. 22 311 81 02, fax 22 311 81 18).

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez email: iod@ifps.org.pl. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania przez Państwa danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z tym przetwarzaniem danych.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Instytut wyłącznie w celach realizacji usług szkoleniowych dot. Programu (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO) oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e), zgodnie z procedurami obowiązującymi w Instytucie.

Odbiorcy danych

Odbiorcami Pan/Pani danych osobowych są podmioty, którym Instytut powierzy przetwarzanie danych osobowych, oraz pracownicy i współpracownicy Instytutu lub tych podmiotów – w zakresie, w jakim jest to niezbędne do realizacji celów przetwarzania tych danych.

Okres przechowywania danych

Dane osobowe przetwarzane będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Ma Pan/Pani prawo żądania od Administratora dostępu do powierzonych danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia.

Załącznik nr 2. Oświadczenie Uczestnika Projektu



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Techniki Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otolaryngologii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki**” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa 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 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
 - 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 ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - 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 ustanawiającego 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 uchylającego 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pt. „**Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otolaryngologii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki**” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - **Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa** (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt – **Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Mochnackiego 10, 02-042 Warszawa** (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - („nazwa i adres ww. podmiotów zostanie wskazana niezwłocznie po ich wyłonieniu). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty iod@ifps.org.pl (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
Data

.....
Czytelnym podpisem Uczestnika Projektu

Załącznik nr 3. Formularz Uczestnika Projektu



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



FORMULARZ UCZESTNIKA PROJEKTU

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE (NAJLEPIEJ DRUKOWANYMI LITERAMI) A ODPOWIEDNIE POLA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM "X"																					
Dane uczestnika																					
Kraj																					
Rodzaj uczestnika	Uczestnik indywidualny																				
Imię i nazwisko																					
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> brak PESEL																				
Płeć (proszę wstawić znak "X" przy wybranej pozycji)	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna																				
Wiek w chwili przystąpienia do Projektu																					
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wyższe																				
Dane kontaktowe																					
Województwo																					
Powiat																					
Gmina																					
Miejscowość																					
Ulica																					
Numer budynku																					
Numer lokalu																					
Kod pocztowy																					
Telefon kontaktowy																					
Adres e-mail																					

Szczegóły wsparcia	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu (proszę wstawić znak "X" przy wybranej pozycji)	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	Osoba bierna zawodowo: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	Osoba pracująca: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Wykonywany zawód (proszę wstawić znak "X" przy wybranej pozycji)	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik
Zatrudniony w:	
Status uczestnika Projektu w chwili przystąpienia do Projektu (proszę wstawić „X” przy wybranej pozycji)	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak

	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak

Podanie informacji jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości otrzymania wsparcia w ramach Projektu.

Informuję, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pt. „Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otolaryngologii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki” i akceptuję jego zapisy.

.....
Data

.....
Czytelny Podpis Uczestnika Projektu

Załącznik nr 4. Harmonogram udzielania wsparcia w Projekcie - harmonogram szkoleń

Projekt pt. „Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otolaryngologii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki”



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



HARMONOGRAM UDZIELANIA WSPARCIA W PROJEKCIE

Rodzaj wsparcia	Data, godzina wsparcia	Miejsce wsparcia