

**REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
pt. „Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik
Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii
i Patologii dla potrzeb otochirurgii, 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

Spis treści

Informacje ogólne	2
§ 1 Słownik pojęć	3
§ 2 Rekrutacja	4
§ 3 Uczestnicy Projektu	7
§ 4 Szkolenia.....	8
§ 5 Zakwaterowanie i zwrot kosztów dojazdu	9
§ 6 Postanowienia końcowe	12

Informacje ogólne

1. Niniejszy Regulamin określa warunki zgłoszenia udziału oraz warunki uczestnictwa w szkoleniach realizowanych w ramach 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” realizowanego przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu z siedzibą w Warszawie, ul. Mochnackiego 10.
2. Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, oś priorytetowa 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. Realizacja Projektu rozpoczyna się 1 października 2018 r. a jego zakończenie planowane jest na 30 listopada 2023 r., przy czym Realizator Projektu zastrzega sobie możliwość skrócenia lub wydłużenia tego terminu.
6. Obsługa zapytań dotyczących Projektu odbywa się w szczególności za pośrednictwem poczty elektronicznej poprzez adres e-mail: centrumsymulacji@ifps.org.pl, telefonicznie pod numerem +48 22 276 95 54 oraz osobiście w Biurze Projektu.

§ 1 Słownik pojęć

Użyte w niniejszym Regulaminie pojęcia oznaczają:

Biuro Projektu	- Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Mokra 17, Kajetany, 05-830 Nadarzyn.
EFS	- Europejski Fundusz Społeczny.
Harmonogram udzielania wsparcia w Projekcie	- harmonogram szkoleń, dokument stanowiący Załącznik nr 4.
Formularz rekrutacyjny	- dokument, który wypełnia Kandydat w procesie rekrutacyjnym, którego wzór stanowi Załącznik nr 1.
Formularz Uczestnika Projektu	- dokument, który wypełnia Uczestnik Projektu, którego wzór stanowi Załącznik nr 3.
Kandydat	- osoba fizyczna, która złożyła dokumenty rekrutacyjne i ubiega się tym samym o udział w szkoleniu.
Kryterium formalne dostępu	- podstawowy warunek, który musi spełnić Kandydat aby uczestniczyć w szkoleniu.
Kryteria merytoryczne punktowane	- wskaźniki podlegające ocenie punktowej w procesie rekrutacji, po spełnieniu kryterium formalnego dostępu.
Oświadczenie Uczestnika Projektu	- dokument, który wypełnia Uczestnik Projektu, którego wzór stanowi Załącznik nr 2.

- Podpis zaufany** - podpis elektroniczny dokonywany przy użyciu Profilu Zaufanego, którego autentyczność i integralność są zapewniane przy użyciu pieczęci elektronicznej ministra właściwego do spraw informatyzacji, o którym mowa w Rozporządzeniu Ministra Cyfryzacji dnia 29 czerwca 2020 r. w sprawie profilu zaufanego i podpisu zaufanego (Dz.U. z 2020 r., poz. 1194).
- 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”.
- Realizator Projektu** - Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu z siedzibą w Warszawie (02-042), ul. Mochneckiego 10.
- Szkolenie** - szkolenie realizowane w ramach Projektu, do którego odnosi się niniejszy Regulamin.
- Uczestnik Projektu** - osoba fizyczna będąca lekarzem w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 790, 1559) 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.

§ 2 Rekrutacja

1. Pierwszy nabór Uczestników zaplanowano na sierpień 2020 r. Realizator Projektu opublikuje na swojej stronie internetowej (www.whc.ifps.org.pl) Harmonogram rekrutacji i będzie go na bieżąco aktualizował.
2. Realizator Projektu zastrzega sobie możliwość wcześniejszego wstrzymania rekrutacji oraz zmiany terminów poszczególnych szkoleń.

3. Rekrutacja prowadzona jest za pomocą dwóch różnych kanałów komunikacji umożliwiających dotarcie do jak największej liczby osób (kanał elektroniczny – poczta e-mail oraz spotkania osobiste w Biurze Projektu).
4. Rekrutacja w formie spotkań osobistych możliwa jest po wcześniejszym umówieniu wysłanym w formie e-mail na adres: centrumsymulacji@ifps.org.pl lub telefonicznie pod numerem +48 22 276 95 54.
5. Swój udział w procesie rekrutacji Kandydat zgłasza poprzez **Formularz rekrutacyjny (Załącznik nr 1)** udostępniany przez Realizatora Projektu m.in. na jego stronie internetowej oraz dostępny w Biurze Projektu.
6. Formularz rekrutacyjny można złożyć w jednej z poniższych form:
 - a. w formie elektronicznej opatrzonej Podpisem zaufanym na adres e-mail centrumsymulacji@ifps.org.pl;
 - b. w formie skanu na adres e-mail centrumsymulacji@ifps.org.pl;
 - c. w formie pisemnej – osobiście lub korespondencyjnie na adres:

Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Zespół ds. Realizacji i Obsługi Projektów

Mokra 17, Kajetany

05-830 Nadarzyn

7. Do Formularza rekrutacyjnego Kandydat dołącza skan lub kopię **dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu**.
8. Potwierdzenie zakwalifikowania się do udziału w Szkoleniu, Realizator Projektu, przekazuje Kandydatowi w osobnej wiadomości drogą e-mailową z adresu e-mail centrumsymulacji@ifps.org.pl, lub w razie potrzeby innym odpowiednim kanałem komunikacji.
9. Po otrzymaniu informacji potwierdzającej zakwalifikowanie się do uczestnictwa w Szkoleniu Kandydat potwierdza chęć uczestnictwa w Szkoleniu przekazując Realizatorowi Projektu wypełniony i podpisany **Formularz Uczestnika Projektu (Załącznik nr 3)** oraz **Oświadczenie Uczestnika Projektu (Załącznik nr 2)**.
10. Z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 Regulaminu, dokumenty o których mowa w ust. 7 można złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym daną rundę szkoleń w jednej z poniższych form:

- a. dokument opatrzony **Podpisem zaufanym** na adres e-mail centrumsymulacji@ifps.org.pl;
- b. w formie pisemnej – **osobiście lub korespondencyjnie** na adres:

Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Zespół ds. Realizacji i Obsługi Projektów

ul. Mokra 17, Kajetany

05-830 Nadarzyn

11. W przypadku otrzymania nieprawidłowo wypełnionego Formularza rekrutacyjnego, Realizator Projektu zawiadamia Kandydata o zakresie danych wymagających uzupełnienia. W przypadku braku uzupełnienia, formularz zostanie odrzucony i udział w dalszym procesie rekrutacji nie będzie możliwy.
12. Za datę otrzymania dokumentów rekrutacyjnych uznaje się datę wpływu kompletnych i poprawnie wypełnionych dokumentów rekrutacyjnych.
13. Złożenie kompletnych dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się na szkolenie. Kwalifikacja do uczestnictwa w szkoleniu dokonywana jest w oparciu o kryterium formalne dostępu oraz kryteria merytoryczne punktowane.
14. 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.

15. Kryteria merytoryczne punktowane:

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
Miejsce zamieszkania inne niż woj. mazowieckie	w przypadku spełnienia kryterium: 10 pkt , w przypadku niespełnienia kryterium: 0 pkt
Liczba publikacji z okresu ostatnich 3 lat	więcej niż 3 publikacje – 20 pkt. 1-3 publikacji – 10 pkt. 0 publikacji – 0 pkt

Weryfikacja kryteriów nastąpi w oparciu o dane/oświadczenie złożone w Formularzu Rekrutacyjnym.

16. Na podstawie przyznanej punktacji sporządzana jest lista rankingowa danej rundy rekrutacyjnej.
17. W przypadku uzyskania równej liczby punktów, decyduje kolejność zgłoszeń.
18. W przypadku wyczerpania limitu miejsc w danej rundzie, kandydat zostanie wpisany na listę rezerwową. Kandydat zostanie poinformowany o wyniku rekrutacji za pośrednictwem poczty elektronicznej. Jeden uczestnik może wziąć udział w jednej edycji szkolenia w całym okresie realizacji Projektu

§ 3 Uczestnicy Projektu

1. Projekt adresowany jest do lekarzy, którzy z własnej inicjatywy wyrażają chęć udziału w Projekcie, zatrudnionych w podmiotach leczniczych (bez względu na formę zatrudnienia) oraz lekarzy wykonujących 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 zobowiązany jest w szczególności do:
 - a. prawidłowego wypełnienia i podpisania Oświadczenia Uczestnika Projektu (Załącznik nr 2) i dostarczenia oryginału tego dokumentu Realizatorowi Projektu w terminach określonych niniejszym Regulaminem;
 - b. obecności na szkoleniu i każdorazowego potwierdzania swojego udziału w zajęciach na liście obecności własnym podpisem a w przypadku szkolenia zdalnego prowadzonego w trybie on-line – potwierdzenie obecności za pomocą formularza online/oświadczenia);

- c. przystąpienia do egzaminu końcowego w wyznaczonym przez Realizatora Projektu terminie i miejscu;
- d. wypełniania ankiet ewaluacyjnych w trakcie trwania Projektu i po jego zakończeniu;
- e. dokonywania aktualizacji danych osobowych (w szczególności adresu zamieszkania, nazwiska, adresu e-mail, telefonu kontaktowego);
- f. przestrzegania zasad bezpieczeństwa, które zostaną przedstawione w trakcie Szkolenia;
- g. poszanowania praw własności intelektualnej do materiałów prezentowanych w trakcie Szkolenia.

§ 4 Szkolenia

1. Szkolenia realizowane są w Światowym Centrum Słuchu INSTYTUTU FIZJOLOGII I PATOLOGII SŁUCHU Kajetany, ul. Mokra 17 05-830 Nadarzyn. Realizator projektu, w uzasadnionych przypadkach, zastrzega sobie możliwość zmiany miejsca Szkolenia.
2. Szkolenia realizowane są w 40 edycjach w okresie realizacji Projektu.
3. 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.
4. Warunkiem uzyskania certyfikatu ze szkolenia jest 100% frekwencja, uzyskanie pozytywnego wyniku z egzaminu końcowego oraz dostarczenie Realizatorowi Projektu prawidłowo wypełnionych dokumentów rekrutacyjnych.
5. Egzamin końcowy z umiejętności praktycznych nie obowiązuje w przypadku Szkoleń odbywających się w formie zdalnej.

§ 5 Zakwaterowanie i zwrot kosztów dojazdu

1. Na wniosek Uczestnika Projektu, Realizator Projektu zapewnia nocleg Uczestnikom, którzy posiadają miejsce zamieszkania w miejscowości innej niż miejscowość w której odbywa się Szkolenie.
2. Możliwość zagwarantowania noclegu dotyczy jedynie tych Szkoleń, które trwają co najmniej dwa dni. W przypadku Szkoleń, które trwają nie dłużej niż jeden dzień Realizator Projektu zagwarantuje nocleg jedynie w przypadku, gdy miejsce szkolenia jest oddalone od miejsca zamieszkania Uczestnika o więcej niż 50 km (drogą publiczną) i jednocześnie Szkolenie zaczyna się nie później niż o godzinie 9:00 lub kończy po godzinie 17:00.
3. Zakwaterowanie odbywa się wyłącznie w miejscu wskazanym przez Realizatora Projektu i obejmuje nocleg w miejscu noclegowym o standardzie maksymalnie hotelu 3*.
4. O zakwaterowanie może ubiegać się Uczestnik Projektu o którym mowa w ust. 1, który rozpoczął udział w Szkoleniu i realizuje go zgodnie z Programem i Regulaminem. W przypadku nieukończenia Szkolenia z winy Uczestnika Projektu, może on zostać zobowiązany przez Realizatora Projektu do zwrotu kosztów noclegu.
5. Realizator Projektu nie pokrywa kosztów noclegu w szczególności:
 - a. zorganizowanego przez Uczestnika indywidualnie lub bez porozumienia z Realizatorem Projektu lub
 - b. nie pozostającego w bezpośrednim związku ze Szkoleniem.
6. Wniosek o zapewnienie noclegu Uczestnik Projektu składa w formie pisemnej lub opatrzonej Podpisem zaufanym zaznaczając odpowiednie pola wyboru na Formularzu rekrutacyjnym (Załącznik 1), najdalej na 10 dni przed planowaną datą rozpoczęcia Szkolenia. Realizator Projektu pozostawia wniosek bez rozpatrzenia w przypadku, gdy Uczestnik Projektu nie dostarczył wszystkich wymaganych dokumentów rekrutacyjnych.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach Realizator Projektu może zapewnić zakwaterowanie także osobie, która złożyła wniosek lub wszystkie wymagane dokumenty po upływie terminu o którym mowa wyżej. Dotyczy to w szczególności tych przypadków, gdy inna osoba będąca Uczestnikiem zgłosiła rezygnację ze Szkolenia przed jego rozpoczęciem.

7. Uczestnik, który złożył wniosek o zakwaterowanie, może zrezygnować z udziału w Szkoleniu najdalej na 6 dni przed jego rozpoczęciem. W przypadku, gdy rezygnacja zostanie złożona po tym terminie, Realizator Projektu ma prawo obciążyć Uczestnika kosztami zarezerwowanego a nie zrealizowanego noclegu.
8. Uczestnik Projektu może ubiegać się o zwrot kosztów podróży z miejsca swojego zamieszkania do miejsca w którym realizowane jest Szkolenie (oraz podróży powrotnej) o ile koszty te są racjonalne, celowe i zostały przez Uczestnika Projektu stosownie udokumentowane.
9. O zwrot kosztów dojazdu może ubiegać się każdy Uczestnik Projektu, który rozpoczął udział w Szkoleniu i realizuje go zgodnie z Programem i Regulaminem, w tym w szczególności dostarczył prawidłowo wypełnione Załączniki 1-3 Regulaminu.
10. Zwrot jest możliwy tylko za te dni, w których obecność na zajęciach została poświadczona podpisem Uczestnika Projektu na liście obecności. W przypadku nieukończenia Szkolenia z winy Uczestnika Projektu, nie przysługuje refundacja kosztów dojazdu.
11. Kwota refundacji dojazdu jest realizowana do wysokości opłat za środki transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na danym obszarze, także w przypadku korzystania ze środków transportu prywatnego (w szczególności samochodem lub taksówką).
12. Zwrot kosztów przejazdu własnym transportem przysługuje w wysokości obliczonej jako dwukrotność iloczynu przejechanych kilometrów i stawki za jeden kilometr w wysokości:
 - a. 0,5214 zł/ 1 km dla samochodów z silnikiem o pojemności mniejszej lub równej 900 cm³;
 - b. 0,8358 zł/ 1 km dla samochodów z silnikiem o pojemności powyżej 900 cm³;
 - c. 0,2302 zł/1 km dla motocykla;
 - d. 0,1382 zł/ 1 km dla motoroweru.Odległość ustalana jest na podstawie optymalnej trasy przejazdu publikowanej na stronie internetowej www.maps.google.pl.
13. W przypadku, gdy kilku Uczestników Projektu dojeżdża jednym samochodem, zwrot kosztów przejazdu na Szkolenie otrzymuje tylko kierowca pojazdu będący Uczestnikiem Projektu który przedłoży wniosek o zwrot kosztów dojazdu. W przypadku

przedłożenia takiego wniosku przez kilku Uczestników Projektu wskazujących tego samego kierowcę pojazdu, zwrot kosztów dojazdu uzyska w całości tylko jeden Uczestnik Projektu wskazany w odrębnym oświadczeniu podpisanym przez wszystkich Uczestników Projektu jako osoba, której przysługuje zwrot kosztów dojazdu.

14. Wniosek o zwrot kosztów dojazdu składa się w formie pisemnej lub opatrzonej Podpisem zaufanym, nie później niż 14 dni od dnia zakończenia Szkolenia, na formularzu stanowiącym Załącznik 5. Wnioski składane po tym terminie będą pozostawiane bez rozpatrzenia.
15. Realizator Projektu wzywa Uczestnika Projektu do uzupełnienia lub poprawy wniosku, jeśli zauważy nim braki lub błędy, wyznaczając jednocześnie termin dla dokonania tej czynności. Jeśli w wyznaczonym terminie, Uczestnik nie przekaze Realizatorowi Projektu uzupełnionego lub poprawionego wniosku, wniosek rozpoznaje się w brzmieniu i formie w jakiej został dostarczony przed wezwaniem.
16. Zwrot kosztów przejazdu wypłacany będzie na rachunek bankowy podany przez Uczestnika Projektu we wniosku o zwrot kosztów dojazdu. Uczestnik zobowiązany jest do powiadomienia Realizatora Projektu o zmianie numeru rachunku bankowego. Jeżeli wskazany we wniosku numer rachunku bankowego nie należy do Uczestnika będącego jednocześnie wnioskodawcą, Uczestnik Projektu zobowiązany jest przekazać właścicielowi rachunku informację o przetwarzaniu danych osobowych stanowiącą załącznik nr. 7 do Regulaminu.
17. Realizator Projektu zastrzega, iż wypłata zwrotu kosztów dojazdu zostanie dokonana w zależności od posiadania środków na rachunku bankowym wyodrębnionym na potrzeby Projektu. Termin wypłaty może ulec zmianie w przypadku opóźnienia w przekazywaniu środków na konto Projektu przez właściwą Instytucję.
18. Uczestnik Projektu zobowiązany jest w każdym czasie, także po zakończeniu Szkolenia i wypłacie środków, na wezwanie Realizator Projektu dostarczyć stosowne dokumenty na potwierdzenie zasadności złożonych przez siebie wniosków.
19. Uprawnienia wyszczególnione w niniejszym paragrafie przysługują jednorazowo.
20. Uprawnienia wyszczególnione w niniejszym paragrafie nie przysługują Uczestnikom Projektu w przypadku Szkoleń realizowanych w formie zdalnej.



§ 6 Postanowienia końcowe

1. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo zmiany treści niniejszego Regulaminu.

Rzeczpospolita
PolskaUnia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

KSZTAŁCENIE LEKARZY W CENTRUM ZAAWANSOWANYCH TECHNIK OPERACYJNYCH ŚWIATOWEGO CENTRUM SŁUCHU INSTYTUTU FIZJOLOGII I PATOLOGII DLA POTRZEB OTOCHIRURGII, RYNOCHIRURGII, FONOCHIRURGII, CHIRURGII OCZODOŁU, CHIRURGII SZCZĘKOWEJ, CHIRURGII PODSTAWY CZASZKI. NR POWR.05.04.00-00-0156/18-00.

łączna liczba punktów (wypełnia realizator projektu)	
--	--

Data szkolenia	Wybierz	Brałam/-em już udział we wcześniejszych kursach realizowanych w ramach Projektu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
(A) DANE WNIOSKODAWCY			
Imię i nazwisko	Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.		
PESEL	Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. <input type="checkbox"/> Nie posiadam numeru PESEL		
Telefon kontaktowy	Numer prawa wykonywania zawodu		
Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.	Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.		
Województwo, w którym kandydat ma miejsce zamieszkania	Specjalizacje		Liczba publikacji (z ostatnich trzech lat)
<input type="checkbox"/> Mazowieckie <input type="checkbox"/> Inne niż mazowieckie	<input type="checkbox"/> Otolaryngologia <input type="checkbox"/> Audiologia i foniatria <input type="checkbox"/> Chirurgia		<input type="checkbox"/> 0 publikacji <input type="checkbox"/> 1-3 publikacje <input type="checkbox"/> Więcej niż 3 publikacje
(B) OŚWIADCZENIA			
Oświadczam, że:			
<input type="checkbox"/> (B1) Wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku oraz pozostałych dokumentach rekrutacyjnych są zgodne z prawdą. W przypadku podania nieprawdziwych danych zobowiązuję się do zwrotu kosztów noclegu wraz z odsetkami ustawowymi.			
<input type="checkbox"/> (B2) Nie otrzymam ani nie otrzymałem/-am dofinansowania częściowego ani całkowitego zwrotu kosztów zakwaterowania z innego źródła, w tym w szczególności nie rozliczam swojego udziału w Szkoleniu jako kosztów delegacji służbowej oraz, że koszty mojego udziału w Szkoleniu nie zostały sfinansowane z Funduszy Europejskich.			
<input type="checkbox"/> (B3) Zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu 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, w tym w szczególności zapisów dotyczących warunków bezpłatnego zakwaterowania i zwrotu kosztów dojazdu dla Uczestników Szkolenia, oraz że w pełni rozumiem, akceptuję wszystkie jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.			
<input type="checkbox"/> (B4) Zapoznałam/-em się z treścią poniższej informacji o przetwarzaniu danych osobowych.			
<input type="checkbox"/> (B5) Zobowiązuję się do samodzielnego pokrycia należności wobec hotelu w którym realizowany był nocleg, innych niż nocleg na czas realizowanego Szkolenia (w zapewnionym przez Realizatora standardzie), w tym przede wszystkim wynikających z przedłużenia pobytu, zwiększenia standardu pokoju lub skorzystania, z innych niż nocleg, odpłatnych usług oferowanych przez hotel.			
(A1) Wnoszę o zapewnienie mi zakwaterowania na czas szkolenia ¹	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Z noclegu można skorzystać tylko w trakcie jednego kursu realizowanego w ramach Projektu
(A2) Zgłaszam szczególne potrzeby o których mowa w „Wytocznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020”	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Kliknij tutaj, aby opisać zgłaszane potrzeby (na przykład: zapewnienie tłumacza języka migowego, asystenta osoby z niepełnosprawnością, dostępu dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim)

Data

Podpis

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Nasz Instytut dokłada wszelkiej staranności, aby adekwatnie zabezpieczyć Państwa dane osobowe związane z realizacją 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

¹ Warunkiem zapewnienia zakwaterowania jest przekazanie Realizatorowi Projektu oryginałów wszystkich prawidłowo wypełnionych i podpisanych dokumentów rekrutacyjnych najdalej na 10 dni przed planowanym Szkoleniem. Uczestnik może skorzystać z darmowego noclegu tylko jednokrotnie (tylko na czas jednego szkolenia).

Pozyskane dane osobowe będą przetwarzane przez Instytut wyłącznie w celu realizacji i rozliczenia Projektu (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO), wykonywania przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO) oraz w realizacji nałożonych na administratora obowiązków prawnych (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

Odbiorcy danych

Odbiorcami Pan/Pani danych osobowych mogą być podmioty, którym Instytut udostępni lub powierzy przetwarzanie danych osobowych w zakresie, w jakim jest to niezbędne do realizacji celów przetwarzania tych danych, na podstawie przepisów prawa lub umowy.

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane do czasu wycofania zgody na ich przetwarzanie lub do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020, a następnie przez okres wynikający z przepisów archiwalnych.

Prawa podmiotów danych

Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, żądania usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Osobie, której dane przetwarzane są na podstawie zgody, przysługuje prawo do jej wycofania w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne aby uczestniczyć w procesie rekrutacji do udziału w Projekcie.

Pozyskane dane nie będą podległy zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

KSZTAŁCENIE LEKARZY W CENTRUM ZAAWANSOWANYCH TECHNIK OPERACYJNYCH ŚWIATOWEGO CENTRUM SŁUCHU INSTYTUTU FIZJOLOGII I PATOLOGII DLA POTRZEB OTOCHIRURGII, RYNOCHIRURGII, FONOCHIRURGII, CHIRURGII OCZODOŁU, CHIRURGII SZCZĘKOWEJ, CHIRURGII PODSTAWY CZASZKI. nr POWR.05.04.00-00-0156/18-00.

(A) DANE UCZESTNIKA PROJEKTU			
Kraj	Rodzaj Uczestnika Uczestnik Indywidualny		
Imię i nazwisko			
PESEL <input type="checkbox"/> Nie posiadam numeru PESEL			
Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Wiek²	Wykształcenie <input type="checkbox"/> Wyższe	
DANE KONTAKTOWE			
Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Ulica	Numer budynku	Numer lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	
(B) SZCZEGÓŁY WSPARCIA			
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
(B1) Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne Wypełnia tylko osoba bezrobotna!	(B2) Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne Wypełnia tylko osoba bezrobotna!	(B3) Osoba bierna zawodowo: <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się Wypełnia tylko osoba bierna zawodowo!	
(B4) Osoba pracująca <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie Wypełnia tylko osoba aktywna zawodowo!			
(B5) Wykonywany zawód <input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy Wypełnia tylko osoba aktywna zawodowo!			
(B6) Nazwa zakładu pracy:		Wypełnia tylko osoba aktywna zawodowo!	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
(B7) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia. <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	(B8) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań. <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	(B9) Osoba niepełnosprawna. <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	(B10) Osoba w innej niekorzystanej sytuacji społecznej. <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

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

Informuję, że **zapoznałam/em się z Regulaminem Projektu** pt. „Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otochirurgii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki” **akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania.**

Informuję, że **zapoznałam/em się z treścią Załącznika nr 2. Oświadczenie Uczestnika Projektu** dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych, której treść znajduje się na odwrocie strony.

.....
Data

.....
Podpis Uczestnika Projektu

² W chwili przystąpienia do Projektu



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 Technik 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. Mochnickiego 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 prześlę 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 (gdyma 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.

Załącznik nr 4. Harmonogram udzielania wsparcia



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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”

HARMONOGRAM UDZIELANIA WSPARCIA W PROJEKCIE



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Rodzaj wsparcia	Data, godzina wsparcia	Miejsce wsparcia

Załącznik nr 5. Wniosek o zwrot kosztów dojazdu



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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.

WNIOSK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU PRZEZ REALIZATORA PROJEKTU

DANE WNIOSKODAWCY				
Imię i nazwisko	Wpisz pełne imię i nazwisko			
Data szkolenia i numer edycji	Kliknij aby wprowadzić datę	Wybierz element		
PESEL	Wpisz numer PESEL			
Adres zamieszkania (miejsce zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu)	Ulica:	Pełna nazwa ulicy		
	Numer domu:	Nr domu	Numer lokalu:	Nr lokalu
	Kod pocztowy:	Kod pocztowy	Miejscowość:	Nazwa miejscowości
INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEJAZDU				
Rodzaj pojazdu ³	Wybierz element Jeśli wybrano opcję „inne” – tu proszę wpisać nazwę środka transportu			
Odległość z miejsca zamieszkania do miejsca szkolenia ⁴	Wpisz odległość km		Numer rejestracyjny pojazdu ⁵	Wpisz numer rejestracyjny
Oświadczam, że koszt przejazdu w związku z moim udziałem w szkoleniu w okresie objętym wnioskiem wyniósł: ⁶			Wpisz kwotę	zł
Jednocześnie oświadczam, że najtańszy koszt przejazdu do miejsca szkolenia i drogi powrotnej na powyższej trasie wynosi: ⁷			Wpisz kwotę	zł
Wnioskowana kwota do zwrotu:			Wpisz kwotę	zł

Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy, na który należy dokonać zwrotu kosztów dojazdu:

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

Proszę o przekazanie należności na rachunek bankowy innej osoby. Oświadczam jednocześnie, iż Właściciel rachunku bankowego wyraził zgodę na przekazanie swoich danych osobowych w postaci imienia i nazwiska oraz numeru rachunku bankowego do celu wypłaty wnioskowanej należności oraz został zapoznany z informacjami, o których mowa w art. 13 i 14 RODO, zgodnie z treścią klauzul informacyjnych zawartych w formularzu zgłoszeniowym oraz dokumentacji uczestnika Projektu.

Numer rachunku bankowego innej osoby, na który należy dokonać zwrotu kosztów dojazdu:

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

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego	Pełne imię i nazwisko – należy wypełnić tylko wtedy, gdy przelew ma zostać zrealizowany na rachunek bankowy, który nie należy do Wnioskodawcy
--	---

³ Należy wypełnić tylko w przypadku transportu własnego.

⁴ Należy wypełnić tylko w przypadku transportu własnego.

Odległość ustalana jest na podstawie optymalnej trasy przejazdu publikowanej na stronie internetowej www.maps.google.pl.

⁵ Należy wypełnić tylko w przypadku transportu własnego.

⁶ Należy obliczyć dwukrotnie ceny zakupionych biletów, zrealizowanych opłat a w przypadku transportu własnego dwukrotnie iloczyn przejechanych kilometrów i stawki za jeden kilometr: 0,5214 zł dla samochodów z silnikiem o pojemności mniejszej lub równej 900 cm³; 0,8358 zł dla samochodów z silnikiem powyżej 900 cm³; 0,2302 zł dla motocykla, 0,1382 zł dla motoroweru.

⁷ Należy wskazać wysokość opłat za środki transportu publicznego lub kolejowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na danym obszarze. Pole należy wypełnić także w przypadku korzystania ze środków transportu prywatnego (w szczególności samochodem lub taksówką).

Oświadczam, że:

Wszystkie dane podane przez mnie w niniejszym wniosku oraz pozostałych dokumentach rekrutacyjnych są zgodne z prawdą. W przypadku podania nieprawdziwych danych zobowiązuję się do zwrotu przekazanych mi środków wraz z odsetkami ustawowymi.

Nie otrzymałem dofinansowania częściowego ani zwrotu kosztów dojazdu z innego źródła, w tym w szczególności nie rozliczam swojego udziału w Szkoleniu jako kosztów delegacji służbowej oraz, że koszty mojego udziału w Szkoleniu nie zostały sfinansowane z Funduszy Europejskich.

Zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu 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, w tym w szczególności zapisów dotyczących warunków bezpłatnego zakwaterowania i zwrotu kosztów dojazdu dla Uczestników Szkolenia, oraz że w pełni rozumiem, akceptuję wszystkie jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Na wezwanie Realizatora Projektu zobowiązuję się dostarczyć, w wyznaczonym przez niego czasie inne niż załączone przeze mnie dokumenty konieczne do rozpatrzenia mojego wniosku.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy/Uczestnika
Projektu

Załączniki:

- Bilet jednorazowy.
- Imienny bilet miesięczny lub okresowy – xerokopia.
- Paragon/potwierdzenie płatności w przypadku doładowania nośników biletów komunikacji miejskiej.
- Paragon/potwierdzenie płatności w przypadku korzystania ze środków transportu prywatnego takich jak np. taksówka.
- Inne

Jeżeli załączone zostały inne niż wskazane wyżej dokumenty, proszę o wpisanie ich nazwy

Kwota po weryfikacji:	
Data i podpis pracownika dokonującego weryfikacji:	



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA OSOBY, KTÓRA NIE JEST UCZESTNIKIEM PROJEKTU

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu pozyskał Pani/Pana dane **od Uczestnika 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”, poprzez wskazanie Pani/Pana **numeru rachunku bankowego, imienia i nazwiska** we wniosku o zwrot kosztów dojazdu w związku z udziałem w szkoleniu realizowanym w ramach powyższego Projektu.

IFPS 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 Państwa danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z tym przetwarzaniem danych.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Instytut wyłącznie w celach realizacji uprawnienia do zwrotu kosztów transportu uczestnikowi Szkolenia realizowanego w ramach 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”, tj. zlecenia przelewu środków pieniężnych na rachunek bankowy.

Odbiorcy danych

Odbiorcami Państwa 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.

Sposób przetwarzania danych osobowych

Państwa dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

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.

Niezbędność danych osobowych

Podanie danych osobowych jest konieczne do zwrotu kosztów dojazdu na Szkolenie Uczestnikowi, który podał Pani/Pana dane osobowe w postaci imienia, nazwiska i numeru rachunku bankowego. Brak tych danych uniemożliwi bądź istotnie utrudni realizację tej czynności.

Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego

Zgodnie z art. 77 RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych