



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	Wiek¹	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:	(B2) Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:	(B3) Osoba bierna zawodowo:	
<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne <i>Wypełnia tylko osoba bezrobotna!</i>	<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne <i>Wypełnia tylko osoba bezrobotna!</i>	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <i>Wypełnia tylko osoba bierna zawodowo!</i>
(B4) Osoba pracująca			
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> Inne <i>Wypełnia tylko osoba aktywna zawodowo!</i>		
(B5) Wykonywany zawód			
<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 <input type="checkbox"/> Inne <i>Wypełnia tylko osoba aktywna zawodowo!</i>		
(B6) Nazwa zakładu pracy: <i>Wypełnia tylko osoba aktywna zawodowo!</i>			
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
(B7) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.	(B8) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	(B9) Osoba niepełnosprawna.	(B10) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej.
<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<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 otolaryngologii, 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** dotyczącym przetwarzania moich danych osobowych, której treść znajduje się na odwrocie strony.

.....
Data

.....
Podpis Uczestnika Projektu

¹ W chwili przystąpienia do Projektu

Rzeczpospolita
PolskaUnia 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 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 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 (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.