***Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie***

…………………………………………..

*miejscowość i data*

………………………………………………………………

………………………………………………………………

(dane podmiotu leczniczego)

………………………………………………………………

………………………………………………………………

(adres siedziby podmiotu leczniczego)

………………………………………………………………

NIP

………………………………………………………………

REGON

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**I OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI**

Ja, niżej podpisany/a deklaruję uczestnictwo w projekcie realizowanym przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

pn. ”Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych” współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

**Jednocześnie oświadczam, iż:**

* podmiot leczniczy spełnia warunki rekrutacji i udziału w projekcie,
* zostałem/am poinformowany/a że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że wszystkie podane w procesie rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data | Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu leczniczego |
|  |  |

Załącznik nr 4 do Regulaminu: Wzór oświadczenia uczestnika Projektu

(możliwość podpisu elektronicznego)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(uwzględnia 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. „Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych” przyjmuję do wiadomości, że:

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 (RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
3. 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.),
4. 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.),
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781, z późn. zm.);
6. 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).
7. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizacje programów operacyjnych”.
8. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
9. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Ministrowi Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, beneficjentowi realizującemu projekt - Rzecznikowi Praw Pacjenta, 01-171 Warszawa, ul. Młynarska 46 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - Mateuszowi Kępie, prowadzącemu jednoosobową działalność gospodarczą, wpisaną do rejestru przedsiębiorców zgodnie z informacją z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej, adres: ul. Wierzbowa 40/43, 90-133 Łódź, NIP 6912162126, REGON 386337430. 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. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzez Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.
10. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
11. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
12. 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.
13. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
14. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
15. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
16. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
17. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iodo@rpp.gov.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@mfipr.gov.pl.
18. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 16 i 18 RODO.
19. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie oraz monitoringu moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko, PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze: „Zbiór danych osobowych z ZUS”. Dla tego zbioru mają zastosowanie informacje jak powyżej[[1]](#footnote-2).

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………… | …………..…………………………………………… …………………………………….. |
| *MIEJSCOWOŚĆ i DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\* PODPIS PRZEDSTAWICIELA PODMIOTU*  /podpisano elektronicznie/\*\* |

\* podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu leczniczego

\*\*niepotrzebne skreślić

***Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie***

….…..…………………………………………….. ……………………………………………..

*miejscowość i data*

………………………………………………………………

 *Nazwa podmiotu leczniczego*

**Dane Przedstawiciela Podmiotu Leczniczego uczestniczącego w projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Kraj** |  |
| **PESEL\*** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Adres zamieszkania** | **Województwo** |  |
| **Miasto** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Ulica, nr domu, nr lokalu** |  |
| **Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?** | ◻ tak◻ nie ◻ odmawiam odpowiedzi  | W przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności, proszę wskazać czy Pan/Pani potrzebuje dodatkowego wsparcia w czasie trwania szkolenia? Jeżeli tak to w jakim zakresie: ……………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Miejsce zatrudnienia osoby w chwili przystąpienia do projektu** | * w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie
* w dużym przedsiębiorstwie
* w organizacji pozarządowej
* prowadząca działalność na własny rachunek
* inne, jakie? ………………………………………………….
 |
| **Informacja dotycząca posiłków** | ◻ nie mam szczególnych potrzeb◻ wegetariański◻ bezglutenowy◻ inny, jaki? …………………………………………………. |

Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Projektodawcy o zmianie jakichkolwiek danych osobowych
i kontaktowych oraz innych informacji wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

|  |  |
| --- | --- |
| Data  | Podpis |
|  |  |

\*Jeżeli Przedstawiciel/ka podmiotu leczniczego nie posiada numeru PESEL – inny rodzaj dokumentu wraz z numerem

1. Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy w ramach Działania 1.3 lub 1.2. [↑](#footnote-ref-2)