*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU**

**W SZKOLENIU ,,KONTAKT Z PACJENTEM-SZKOLENIE Z ZASAD DOBREJ KOMUNIKACJI”**

(proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | |
| **PESEL** |  | | | |
| **Imię i nazwisko** |  | | | |
| **Kraj** |  | | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | |
| **Adres zamieszkania** | województwo |  | kod pocztowy |  |
| powiat |  | ulica |  |
| gmina |  | nr domu |  |
| miejscowość |  | nr mieszkania |  |
| **Telefon kontaktowy**  **do uczestnika/czki** |  | | | |
| **e-mail (adres poczty elektronicznej)** |  | | | |
| **KRYTERIA REKRUTACJI I UCZESTNICTWA** | | | | |
| **Wykształcenie** | ☐ podstawowe (ISCED1)  ☐ gimnazjalne (ISCED2)  ☐ ponadgimnazjalne (ISCED3) (średnie/zasadnicze zawodowe)  ☐ policealne (ISCED4)  ☐ wyższe (ISCED5 – ISCED8)  ☐ Inne, jakie ……………………………………………….……….…….… (proszę wskazać) | | | |
| 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? | | |
| Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących niepełnosprawności oraz zobowiązania do pisemnego potwierdzenia odmowy podania w/w danych, w tym przypadku Uczestnik/czka nie otrzyma 5 punktów premiujących w procesie rekrutacji. | | | | |
| Termin i miejsce szkolenia w którym uczestnik będzie brał udział  (proszę o wybór jednego miasta i terminu) | Termin i miejsce szkolenia   * Kraków, 2-3 października 2023 r. * Kielce, 5-6 października 2023 r. * Wrocław, 9-10 października 2023 r. * Lublin, 12-13 października 2023 r. * Warszawa, 19-20 października 2023 r. * Olsztyn, 23-24 października 2023 r. | | | |
| **OŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU W PODMIOCIE LECZNICZYM** | | | | |
| Oświadczam, że jestem zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia/ kontraktu w podmiocie leczniczym wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą | | | | |
| ☐ Tak ☐ Nie | | | | |
| Nazwa organu prowadzącego Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: | |  | | |
| Nr księgi Rejestrowej: | |  | | |
| Miejsce zatrudnienia: | |  | | |
| **W PRZYPADKU ZAKWALIFIKOWANIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | |
| Proszę o zapewnienie miejsca noclegowego dla Przedstawiciela/ki Podmiotu w ilości 1 doby hotelowej\*. | | ☐ tak  ☐ nie | | |
| \*Nocleg zapewniany jest pomiędzy dniami szkoleniowymi.  \*\*Prawo do skorzystania z miejsca noclegowego mają Uczestnicy/czki projektu, których miejsce zamieszkania znajduje się w innej miejscowości niż miejscowość, w której odbywa się szkolenie. Nocleg jest zapewniany w pokojach dwuosobowych, pomiędzy dniami szkoleniowymi. | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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? |
| Informacja dotycząca wyżywienia | * nie mam szczególnych potrzeb * wegetariańskie * bezglutenowe * inne, jakie? …………………………………………….. | |

Ponadto oświadczam, że:

1) spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie na dzień złożenia formularza rekrutacyjnego;

2) zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie oraz akceptuję jego warunki,

3) zostałem/zostałam poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Projektu „Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych”;

4) jestem świadomy/świadoma, że uzyskanie zaświadczenia potwierdzającego uczestnictwo w szkoleniu jest poprzedzone rozwiązaniem testu i uzyskaniem z niego pozytywnej oceny;

5) wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data | Podpis osoby składającej formularz rekrutacji |
|  |  |

*Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

**OŚWIADCZENIE ADMINISTRATORA**

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych”, zwanego dalej „Projektem”, proszę o przyjęcie do wiadomości, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Rzecznik Praw Pacjenta, ul. Młynarska 46,01.171 Warszawa, e-mail: [kancelaria@rpp.gov.pl,](mailto:kancelaria@rpp.gov.pl) tel. + 48 22 532 82 50);
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się w sprawach związanych

z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem [iodo@rpp.gov.pl](mailto:iodo@rpp.gov.pl) lub siedziby administratora.

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wyłącznie związanym z rekrutacją

do Projektu.

1. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, informatyczne lub pocztowe. Dostęp do Pani/Pana danych osobowych mogą mieć także organy uprawnione do kontroli lub monitorowania prawidłowości wydatkowania środków na podstawie Porozumienia o dofinansowanie Projektu.
2. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do wzięcia udziału w rekrutacji w celu udziału w Projekcie.
3. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -

2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

1. Przysługuje Pani/Panu:
   * na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
   * na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych**\***,
   * na podstawie art. 17 RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
   * na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych\*\*,
2. Przysługuje Pani/Panu także prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania,

że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.

***\*Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania rekrutacyjnego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z „Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*”.

***\*\*Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*