**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/y: ………………………...…………………………………………………

*(imię i nazwisko uczestniczki/uczestnika projektu)*

**deklaruję chęć udziału w projekcie pn. *„Wsparcie dla niesamodzielnych mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”*** realizowanym przez NZOZ Zespół Medyczno-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska, w ramach Poddziałania 9.2.3 Rozwój usług społecznych   
i zdrowotnych – OSI, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 -2020.

*Proszę wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo   
odpowiadając na wszystkie pytania.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestniczki projektu/uczestnika projektu:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Imię: | |  | | | | | | | | | | |
| 2. | Nazwisko: | |  | | | | | | | | | | |
| 3. | PESEL: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Nie posiadam PESEL | | | | | | | | | | |
| 4. | Płeć: | | * Kobieta * Mężczyzna | | | | | | | | | | |
| 5. | Data urodzenia: | |  | | | | | | | | | | |
| 6. | Wykształcenie: | | * Gimnazjalne * niższe niż podstawowe * podstawowe * policealne * ponadgimnazjalne * wyższe | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Kraj: | |  | | | | | | | | | | |
| 2. | Miejscowość: | |  | | | | | | | | | | |
| 3. | Ulica: | |  | | | | | | | | | | |
| 4. | nr budynku: | |  | | | | | | | | | | |
| 5. | nr lokalu: | |  | | | | | | | | | | |
| 6. | Kod pocztowy: | |  | | | | | | | | | | |
| 7. | Telefon kontaktowy: | |  | | | | | | | | | | |
| 8. | Adres e-mail: | |  | | | | | | | | | | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu -** proszę wybrać jeden status z punktów 1-4 i go dookreślić | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Osoba bezrobotna niezarejestrowana  w ewidencji urzędów pracy, w tym: | * osoba długotrwale bezrobotna * inne | | | | | | | | | | | |
| 2. | Osoba bezrobotna zarejestrowana  w ewidencji urzędów pracy, w tym: | * osoba długotrwale bezrobotna * inne | | | | | | | | | | | |
| 3. | Osoba bierna zawodowo, w tym: | * osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu * osoba ucząca się * inne | | | | | | | | | | | |
| 4. | Osoba pracująca, w tym: | Wykonywany zawód:……………….……………  Zatrudniona/y w: ………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | |
| **Pozostałe informacje** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant osoba obcego pochodzenia: | * Nie * Odmawiam podania informacji * Tak | | | | | | | | | | | |
| 2. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: | * Nie * Tak | | | | | | | | | | | |
| 3. | Osoba z niepełnosprawnościami | * Nie * Odmawiam podania informacji * Tak | | | | | | | | | | | |
| 4. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej: | * Nie * Odmawiam podania informacji * Tak | | | | | | | | | | | |
| 5. | Zamieszkuje jeden z rewitalizowanych obszarów miasta Bytom tj.  Śródmieście, Śródmieście Zachód,  Rozbark, Śródmieście północ,  Bobrek lub Kolonia Zgorzelec | * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| 6. | Liczba punktów z załączonej do deklaracji Karty Oceny Pacjenta: | …………. punktów w skali Barthel | | | | | | | | | | | |

Oświadczam, iż dane podane w Deklaracji uczestnictwa w projekcie **odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.** Zobowiązuję się poinformować NZOZ Abimed w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………….…………………… | ……………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU** **DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH I UDZIAŁU W BADANIACH EWALUACYJNYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu pn.: „Wsparcie dla niesamodzielnych mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta” **przyjmuję do wiadomości, iż:**

1. **Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego***,   
   z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: [kancelaria@slaskie.pl](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: bip.slaskie.pl.
2. Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](file:///C:\Users\idczakt\AppData\Local\Temp\daneosobowe@slaskie.pl).
3. **Moje dane osobowe będą przetwarzane w celuobsługi ww. projektu,**   
   dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:

* udzielenia wsparcia
* potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
* monitoringu
* ewaluacji
* kontroli
* audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
* sprawozdawczości
* rozliczenia projektu
* odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
* zachowania trwałości projektu
* archiwizacji
* badań i analiz.

1. **Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący na administratorze** (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej: RODO), **wynikający z:**
2. art. 125 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego   
   i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
3. art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów   
   w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - **NZOZ Zespół Medyczno-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska, 41-902 Bytom, ul. M. Drzymały 9/14**.
5. Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
7. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
9. **Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.**
10. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

1. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem*\*.*
2. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem*\*.*
3. Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………….…………………… | ……………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS  UCZESTNIKA PROJEKTU* |

DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA UCZESTNIKA PROJEKTU,   
Z KTÓRYM MOŻLIWY JEST KONTAKT W SPRAWIE UDZIAŁU W PROJEKCIE UCZESTNIKA   
I KTÓRY W RAZIE POTRZEBY BĘDZIE KORZYSTAŁ Z WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem (np. córka, sąsiad): ………………………………………………………

Numer telefonu kontaktowego: …………………………………………………………………………………………………………..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu kontaktów dotyczących udziału   
w projekcie osoby, którą się opiekuję i udzielenia mi ewentualnego wsparcia psychologicznego.

Przyjmuję do wiadomości że Administratorem moich danych osobowych jest NZOZ Zespół Medyczno-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska, 41-902 Bytom, ul. M. Drzymały 9/14.

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

Miejscowość, data Czytelny podpis członka rodziny/opiekuna