

Dane uczestnika projektu: **Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości badań prenatalnych na obszarze powiatu rybnickiego, Rybnika i Żor.**

Dane uczestnika	Imię:	Wykształcenie: <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe		
	Nazwisko:			
	PESEL:			
Dane kontaktowe uczestnika	Województwo:	Powiat:		
	Gmina:	Miejscowość:		
	Ulica:	Nr budynku i lokalu:	Kod pocztowy:	
	Adres e-mail:	Telefon kontaktowy:		
	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy w tym: długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym: posiadająca <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III profil pomocy zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy		
		<input type="checkbox"/> bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy w tym: ucząca się <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> bierna zawodowo		
<input type="checkbox"/> zatrudniona, w tym zatrudniona w: w MMŚP (do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (pow.249 pracowników) <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/>		Wykonywany zawód:		
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> zatrudniony w: Zatrudniony w:			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></li> <li>• Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></li> <li>• Osoba z niepełnosprawnościami: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></li> </ul>			
	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (jakiej): .....			
Przynależność do grupy (wymaga oświadczenia): a) <input type="checkbox"/> osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń pomocy społecznej; b) <input type="checkbox"/> osoby o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; c) <input type="checkbox"/> osoby przebywające w pieczy zastępczej, w tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, lub opuszczające pieczę zastępczą, rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; d) <input type="checkbox"/> osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;				

	<p>e) <input type="checkbox"/> osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii;</p> <p>f) <input type="checkbox"/> osoby z niepełnosprawnością;</p> <p>g) <input type="checkbox"/> członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;</p> <p>h) <input type="checkbox"/> osoba niesamodzielna;</p> <p>i) <input type="checkbox"/> osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań;</p> <p>j) <input type="checkbox"/> osoby odbywające kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego;</p> <p>k) <input type="checkbox"/> osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.</p>
Wywiad przy udziale lekarza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></li> <li>• Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></li> <li>• Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></li> <li>• Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></li> <li>• Wiek ciążowy przekroczył 20 tydzień ciąży.: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></li> </ul>

### WZÓR OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości badań prenatalnych na obszarze powiatu rybnickiego, Rybnika i Żor” 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](http://bip.slaskie.pl).
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](mailto:daneosobowe@slaskie.pl).
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
  - udzielenia wsparcia
  - ewaluacji
  - sprawozdawczości
  - zachowania trwałości projektu
  - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
  - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
  - archiwizacji
  - monitoringu
  - kontroli
  - rozliczenia projektu
- 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący 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:
  - a) 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;
  - b) 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.
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt: Med-Art sp. z o.o. ul. Pocztowa 9, 43-180 Orzesze, tel. 32 435 78 58, e-mail: [medartzory@gmail.com](mailto:medartzory@gmail.com) oraz partnerowi w projekcie: „MEDYK” Sp. z o.o., ul. Ks. Władysława 27, 44-240 Żory, tel.: 32 434 13 55, e-mail: [biuro@nzo-medyk.pl](mailto:biuro@nzo-medyk.pl).
- 6) 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.

- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) 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 miejsca zatrudnienia., potwierdzone stosownym dokumentem.
- 2) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluację/analizę/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS  
UCZESTNIKA PROJEKTU\*

\*W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

#### DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja niżej podpisana, niniejszym oświadczam, iż wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości badań prenatalnych na obszarze powiatu rybnickiego, Rybnika i Żor” realizowanym przez Med-Art sp. z o.o. w partnerstwie z: „MEDYK” Sp. z o.o., w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem Rekrutacji w w/w projekcie oraz w pełni go rozumiem i akceptuję. Jednocześnie oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjne uprawniające do udziału w projekcie.

*POUCZENIE: Dane uczestnika projektu, oświadczenia oraz deklaracja składane są pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS  
UCZESTNIKA PROJEKTU\*\*

\*\*w przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna