



KARTA REKRUTACYJNA

udziału w projekcie:

Dane uczestnika badań profilaktycznych													
1. Imię/Imiona				2. Nazwisko									
3. PESEL								4. Wiek		5. Płeć		<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
6. Miejsce zamieszkania													
a) Kraj: POLSKA b) Województwo: MAZOWIECKIE c) Powiat:													
d) Miejscowość: e) Kod pocztowy:													
f) Ulica, nr domu, nr lokalu:													
g) Obszar: <input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski													
7) Adres e-mail: i/lub nr telefonu:.....													
* podanie adresu e-mail i/lub numeru telefonu jest obowiązkowe													

Oświadczenia i deklaracje:

- Oświadczam, że dane wpisane w niniejszym kwestionariuszu są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że nie mam orzeczonej cukrzycy.
- Oświadczam, że uzyskałem (-am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem (-am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w projekcie i jestem świadomy (-a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.
- Oświadczam, że zapoznałem/-am się z regulaminem ww. projektu i akceptuję jego warunki.
- Oświadczam, że otrzymałem/-am silikonową opaskę oraz broszurę informacyjną nt. profilaktyki cukrzycy wraz z wyczerpującymi informacjami na temat tej choroby i jej zapobiegania.
- Deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie:

.....

miejscowość i data

.....

podpis osoby składającej oświadczenie



KARTA PACJENTA w projekcie:

Wyniki pomiarów					
WAGA:	WZROST:	BMI:	TALIA:	BIODRA:	WHR:
CIŚNIENIE TĘTNICZE:		WYNIK GLIKEMII PRZYGDODNEJ:		SKIEROWANIE NA HEMOGLOBINĘ GLIKOWANĄ:	

Oświadczenie lekarza

Ja, niżej podpisany (-a):

.....
(imię i nazwisko Lekarza)

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte w Karcie Pacjenta są zgodne z prawdą.
2. Pacjent został przeszkolony odnośnie profilaktyki cukrzycy oraz jej leczenia.
3. Poinformowałem (-am) Pacjenta, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczętka lekarza

PIECZĄTKA POZ



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. oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:

- 1) Zarząd Województwa Mazowieckiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, będący Instytucją Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;
- 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.

2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi 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 (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1, z późn. zmianami) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- 1) w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:
 - 1.a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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;
 - 1.b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 1.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:
 - 2.a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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;
 - 2.b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 2.c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;



2.d) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu:

.....
w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych, ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa**, Beneficjentowi realizującemu projekt – **Europejskie Centrum Szkoleń Sp. z o.o., ul. Świderska 114a, 03-128 Warszawa** oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – **Indywidualna Praktyka Lekarska Wiesława Pudzianowska, Widok 28, 26-600 Radom** oraz **podmioty z nimi współpracujące**. 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
6. 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;
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w sprawie indywidualnej.
9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@mazovia.pl.
11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

.....
miejsowość, data

.....
podpis uczestnika projektu