



Projekt pt. „Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze”, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Numer projektu		RPSL.09.02.06-24-05F2/18			
Tytuł projektu		Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze.			
UWAGA: uczestnik/czka oświadcza, że spełnia warunki uczestnictwa w projekcie wskazane w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.					
Dane uczestnika projektu					
Imię		Nazwisko		Płeć	K/M
PESEL	<input type="checkbox"/> TAK, numer.....		NIE <input type="checkbox"/>		
Kraj pochodzenia					
Adres zamieszkania			Dane do kontaktu		
województwo			numer telefonu (domowy)		
powiat			telefon komórkowy		
gmina			e-mail		
miejsowość			Poziom wykształcenia – zaznacz „X” właściwe		
Ulica, nr domu			<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)		
Kod pocztowy					
Obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji – zaznacz „X” właściwe	<input type="checkbox"/> duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 mieszkańców i dużej gęstości zaludnienia)				
	<input type="checkbox"/> małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia)				
		<input type="checkbox"/> obszary wiejskie (o ludności < 5 000 i małej gęstości zaludnienia)			



Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu - zaznacz prawidłową odpowiedź:	
1. osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	TAK/ NIE
w tym: długotrwale bezrobotna	TAK/ NIE
Inne	TAK/ NIE
2. osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	TAK/ NIE
w tym: długotrwale bezrobotna	TAK/ NIE
Inne	TAK/ NIE
3. osoba bierna zawodowo	TAK/ NIE
w tym: inne	TAK/ NIE
osoba ucząca się	TAK/ NIE
osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	TAK/ NIE
4. osoba pracująca	TAK/ NIE
w tym: osoba pracująca w administracji rządowej	TAK/ NIE
osoba pracująca w administracji samorządowej	TAK/ NIE
Inne	TAK/ NIE
osoba pracująca w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (MMSP) – (do 250 osób)	TAK/ NIE
osoba pracująca w organizacji pozarządowej	TAK/ NIE
osoba prowadząca działalność na własny rachunek	TAK/ NIE
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	TAK/ NIE
5. Oświadczam, że prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe:	TAK/ NIE
Nazwa zakładu pracy/szkoły, w którym jestem zatrudniony/uczę się :	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu - zaznacz prawidłową odpowiedź:	
1. jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osobą obcego pochodzenia	TAK/ NIE/ ODMAWIAM PODANIA DANYCH
2. jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK/ NIE/ ODMAWIAM PODANIA DANYCH
3. jestem osobą z niepełnosprawnościami (posiadam orzeczenie o niepełnosprawności)	TAK/ NIE/ ODMAWIAM PODANIA DANYCH
4. jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	TAK/ NIE/ ODMAWIAM PODANIA DANYCH



Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.: „Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze” oraz zasadami udziału w ww. projekcie i wyrażam wolę na uczestnictwo w nim.
2. Zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020
4. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
5. Deklaruję dobrowolną chęć przystąpienia z własnej inicjatywy w charakterze Uczestnika/Uczestniczki do projektu pn. „Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze”, realizowanego przez Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia sp. z o.o.
6. Ja, niżej podpisany/-a, świadom/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6.06.1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r., poz. 1444, z późn. zm.), oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym „Formularzu rekrutacyjnym”, są zgodne z prawdą i aktualne.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu

Projekt pn. „Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze”, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROJEKCIE

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y:

1. O celu Projektu i sposobie realizacji oraz, że miałam/em możliwość zadawania pytań personelowi medycznemu Projektu i otrzymałam/em odpowiedzi na te pytania: rozumiem na czym projekt ma polegać i do czego potrzebna jest moja zgoda. Zapoznałam się z treścią ”Informacji dla badanego”, której 1 egz. otrzymałam. Zostałam/em poinformowana/ny o potencjalnym ryzyku związanym z udziałem w projekcie. Tak więc, dobrowolnie wyrażam zgodę na udział w Projekcie.
2. O możliwości odmowy zgody na udział w projekcie lub o możliwości cofnięcia zgody w każdej chwili – także podczas udziału w projekcie, co w żaden sposób nie wpłynie na dalsze moje leczenie.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w zakresie niezbędnym dla realizacji projektu, jednakże z zastrzeżeniem poufności uniemożliwiającej identyfikację mojej osoby przez inne osoby prawne i fizyczne niż wymienione w Regulaminie Rektutacji.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazanie wyników badań i innych dokumentów osobistych Śląskiemu Parkowi Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o. w zakresie niezbędnym dla realizacji projektu.
5. Zostałam/em zapoznany z warunkami ubezpieczenia obejmującego ewentualne negatywne skutki uczestniczenia w projekcie i akceptuję te warunki. Otrzymałam/em do wglądu polisę, z której one wynikają./ polisa ubezpieczeniowa jest do wglądu w siedzibie Śląskiego Parku Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Uczestnika/czki projektu/
/Osoby uprawnionej



Projekt pn. „Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze”, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA*

Do projektu planuje się włączenie pacjentów hospitalizowanych/po hospitalizacji z rozpoznaniem niedokrwienego udaru mózgu,

a) którzy spełnią następujące kryteria włączenia:

- udokumentowany w CT/NMR świeży niedokrwieny udar mózgu
- wiek powyżej 30 lat,
- zamieszkanie/ zatrudnienie/ kształcenie na terenie województwa śląskiego,
- zagrożenie wyklucz społ. ze względu na zły stan zdrowia/niepełnosprawność
- wyrażenie świadomej zgody na udział w projekcie
- brak równoległego udziału w podobnych formach wsparcia NFZ
- stopień niepełnosprawności pozwalający na samodzielną lub z pomocą członków rodziny obsługę urządzeń długotrwałego monitorowania

b) u których nie występują wymienione poniżej kryteria wyłączenia:

- zdiagnozowane wcześniej migotanie przedsionków
- inne wskazania do leczenia przeciwkrzepliwego (mechaniczna proteza zastawkowa, trombofilia, zakrzepica żylna, zator płucny)

Oświadczam, że spełniam wyżej wymienione warunki.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Uczestnika/czki projektu/
/Osoby uprawnionej

* Oświadczenie jest weryfikowane przez podmiot włączający/ośrodek szpitalny odpowiedzialny za włączenie pacjenta na podstawie dokumentacji medycznej uczestnika projektu. Przedłożenie dokumentacji medycznej jest dobrowolne, ale konieczne do włączenia do projektu.

Projekt pn. „Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze”, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze” przyjmuję do wiadomości, iż:

1) Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.

2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres email: daneosobowe@slaskie.pl.

3) Moje dane osobowe będą przetwarzane przez administratora w celu obsługi 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.

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 i 126 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 – **Śląskiemu Parkowi Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia (ul. Marii Curie- Skłodowskiej 10 c; 41- 800 Zabrze)**

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, ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, 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 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 lub
OSOBY UPOWAŻNIONEJ**

*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

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