



Projekt pn. „Kursy umiejętności dla lekarzy i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine” dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Numer projektu	WND-POWR.05.04.00-00-153/18				
Tytuł projektu	”Kursy umiejętności dla lekarzy i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine”				
Nazwa wsparcia					WYBIERAM Zaznacz „X” właściwe
Ablacja 3D w leczeniu zaburzeń rytmu serca					<input type="checkbox"/>
Implantacja stymulatorów bezelektrodowych					<input type="checkbox"/>
Inwazyjne leczenie migotania przedsionków z kursem nakłucia transseptalnego					<input type="checkbox"/>
Postępowanie z chorym trudnym, powikłanym w pracowni endowaskularnej (radiologii, chirurgii, kardiologii, neuroradiologii)					<input type="checkbox"/>
Kurs z zakresu leczenia operacyjnego wad zastawki aortalnej i aorty wstępującej na modelu zwierzęcym i izolowanych tkankach zwierzęcych					<input type="checkbox"/>
UWAGA: uczestnik/czka wybierając jeden z powyższych tematów szkoleń oświadcza, że spełnia warunki uczestnictwa w projekcie wskazane w Regulaminie Rekrutacji.					
Dane uczestnika projektu					
Imię		Nazwisko		Płeć	K/M
PESEL	<input type="checkbox"/> TAK, numer..... <input type="checkbox"/> NIE				
Kraj pochodzenia					
Tytuł naukowy		Nr prawa wykonywania zawodu			
Zaznacz właściwe:					
Jestem w trakcie specjalizacji/ Jestem w trakcie rezydentury/ kształcenia w systemie pozarezydenckim				<input type="checkbox"/> TAK/ NIE <input type="checkbox"/>	
Ukończyłem/łam specjalizację				<input type="checkbox"/> TAK/ NIE <input type="checkbox"/>	
Adres zamieszkania			Dane do kontaktu		
województwo			numer telefonu (domowy)		
powiat			telefon komórkowy		
gmina			e-mail		
mięscowość			Poziom wykształcenia – zaznacz „X” właściwe		
Ulica, nr domu			<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0)		
Kod pocztowy			<input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1)		
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"/> gimnazjalne (ISCED 2)		
	<input type="checkbox"/> małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia)		<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED3)		
	<input type="checkbox"/> obszary wiejskie (o ludności < 5 000 i małej gęstości zaludnienia)		<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)		
			<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)		



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 (MMŚP) – (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. Nazwa zakładu pracy, w którym jestem zatrudniony – zgodnie z zaświadczeniem o zatrudnieniu	
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
3. jestem osobą z niepełnosprawnościami	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, Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Kursy umiejętności dla lekarzy i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine” 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 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.
4. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym
5. Mam świadomość, że kurs i egzamin odbywają się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.
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. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym „Formularzu rekrutacyjnym”, są zgodne z prawdą i aktualne.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu



Jako uczestnik projektu, deklaruję:	
1. chęć rozliczenia kosztów przejazdu (do kwoty 200,00 zł na podstawie wzoru Rozliczenia kosztów przejazdu będący załącznikiem do Regulaminu uczestnictwa)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. chęć skorzystania z noclegów w trakcie udziału w projekcie (nie dotyczy kursów 1-dniowych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. iż preferuję następującą dietę:	<input type="checkbox"/> Wegetariańska
	<input type="checkbox"/> Niewegetariańska

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu



DEKLARACJA UDZIEŁU W PROJEKCIE

Deklaruję dobrowolną chęć przystąpienia z własnej inicjatywy w charakterze Uczestnika/Uczestniczki do projektu „Kursy umiejętności dla lekarzy i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine” realizowanego przez Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu



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. „**Kursy umiejętności dla lekarzy i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine**” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru „*Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój*”:

- a) 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
- 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*”:

- a) 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,



- 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.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. **„Kursy umiejętności dla lekarzy i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach POWER.
 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - **Skarbowi Państwa - Ministrowi Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15** (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt – **Śląskiemu Parkowi Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o., 41-800 Zabrze, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10c** (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu -
.....(nazwa i adres ww. podmiotów) – *nie dotyczy*. 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 PO WER.
 5. **Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.**
 6. **W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.**
 7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
 8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
 10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty biuro@kmptm.pl.
 12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu



Zgoda na upublicznianie wizerunku

Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku utrwalonego podczas szkolenia w ramach projektu Kursy umiejętności lekarzy i lekarzy rezydentów w oparciu o Evidence Based Medicine przez Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o. w celu promocji projektu i szkoleń na stronie www.kmptm.pl, dedykowanej stronie projektu, profilu facebook, innych mediach, którymi dysponuje Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o.

Informacja o zasadach przetwarzania danych w związku ze zgodą na wykorzystanie wizerunku

Administratorem Pani/a danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

Pani/a dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Śląskiemu Parkowi Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o. o. z siedzibą w Zabrze.

Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia **informuje**, że dane będą przetwarzane na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody w celu promocji.

Przysługuje Pani/u prawo dostępu, aktualizacji, ograniczenia przetwarzania i przenoszenia swoich danych. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie.

Dane mogą być udostępniane podmiotom, które są upoważnione do tego na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom, którym administrator powierzył dane w celu prawidłowego wykonania usług w celu i zakresie niezbędnym do tych czynności.

W sprawach spornych przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych.

W związku z transferem danych do serwisów należących do międzynarodowych organizacji, tzn. Facebook, Google administrator informuje, że spółki przystąpiły do programu Tarcza Prywatności UE-USA i uzyskały niezbędny certyfikat.

Dane będą przetwarzane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

Wyjaśnień w sprawach związanych z danymi osobowymi udziela koordynator projektu, e-mail power@kmptm.pl.

.....
data, podpis Uczestnika/czki projektu