

ZARZĄDZENIE NR 22/2020

PREZESA ZARZĄDU ŚLĄSKIEGO PARKU TECHNOLOGII MEDYCZNYCH

KARDIO-MED SILESIA SP. Z O.O.

z dnia 15.09.2020 r.

w sprawie: Regulaminu Rekrutacji uczestników projektu pn.: „Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze”

w związku z realizacją projektu 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,

zarządzam, co następuje:

§ 1.

Wprowadzam do stosowania w Śląskim Parku Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o. regulamin rekrutacji wymienionego projektu:

1. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,

stanowiący załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2.

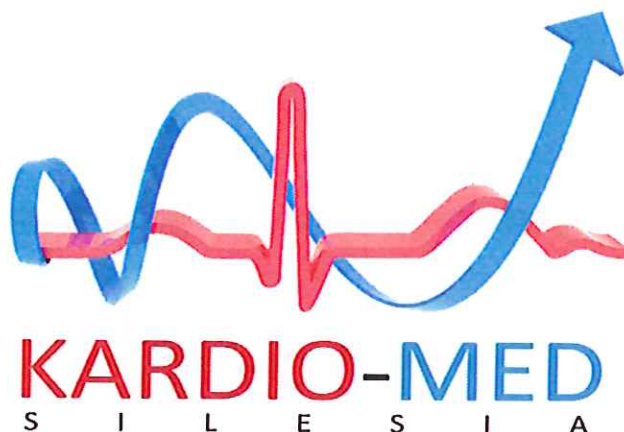
Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 15.09.2020 r.

Prezes Zarządu
PREZES ZARZĄDU



Adam Konka

15.09.2020 r.



REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

uczestników projektu pn.: „Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze” dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 z działania 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych

obowiązujący w Śląskim Parku Technologii Medycznych
 Kardio-Med Silesia Sp. z o.o.

Opracował: Kamila Luft	Zatwierdził: Adam Konka PREZES ZARZĄDU
Data: 15.09.2020 r. <i>Kamila Luft</i>	Data: 15.09.2020 r. <i>Adam Konka</i>
Obowiązuje od: 15.09.2020 r.	Strona 1 z 15

1 *all*

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

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

§ 1. Informacje o projekcie

1. Projekt pn.: „Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze”, jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020
2. Projekt realizowany jest na podstawie Umowy o dofinansowanie nr RPSL.09.02.06-24-05F2/18 zawartej pomiędzy Śląskim Parkiem Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o. (KMS) a Województwem Śląskim.
3. Projekt współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Celem projektu zwiększenie dostępu do rehabilitacji i optymalizacja leczenia szpitalnego 200 osób (130 mężczyzn i 70 kobiet) mieszkających/pracujących/uczących się na terenie woj. śląskiego zagrożonych wykluczeniem społecznym ze względu zły stan zdrowia (chorych po udarze mózgu) poprzez poszerzenie i ułatwienie dostępu do wysokiej jakości kompleksowych usług zdrowotnych.
5. Projekt realizowany jest od 01.09.2020 r. do 31.08.2022 r.
6. Adres Biura Projektu/dane kontaktowe:

Śląski Parki Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o.
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10c
41-800 Zabrze
Osoba do kontaktu: Laura Piejko
e-mail: terapiaudaru@kmptm.pl
tel. 32 705 03 05

§ 2. Postanowienia ogólne

1. Niniejszy regulamin określa zasady rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, w tym naboru Uczestników w projekcie pn.: „Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów po udarze”, zwanym dalej Projektem.
2. Projekt obejmuje realizację wysokiej jakości usług zdrowotnych.
3. Uczestnikowi projektu przysługują następujące formy wsparcia:



- Włączenie pacjenta/weryfikacja stanu zdrowia
 - Możliwość udziału w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych
 - Telekonsultacje kardiologiczne 2 x po 30 minut
 - Telekonsultacje neurologiczne 2 x po 30 minut
 - Rehabilitacja (wsparcie w postaci fizjoterapii/konsultacji logopedycznych itp. – zależnie od wskazań medycznych) - max 20 godzin dla każdego uczestnika projektu.
 - Opieka Telemedyczna – osoby zrekrutowane do projektu otrzymają urządzenie umożliwiające analizę EKG (urządzenie służy do monitorowania rytmu serca, nie jest to urządzenie dedykowane do ratowania życia). Każdy uczestnik projektu zostanie objęty 30 dniami telemonitoringu przez Centrum Telemedyczne KMS oraz wsparciem ze strony personelu medycznego.
4. Wszystkie wyżej wymienione usługi zdrowotne są bezpłatne dla zrekrutowanych Uczestników projektu.
5. Nadzór nad realizacją projektu sprawuje Zespół ds. bieżącej opieki zdrowotnej.

§ 3. Warunki udziału w projekcie

1. Do projektu planuje się włączenie pacjentów hospitalizowanych/po hospitalizacji z rozpoznaniem niedokrwinnego udaru mózgu (ICD-10: I61-I62),
 - a) którzy spełnią następujące kryteria włączenia:
 - udokumentowany w CT/NMR świeży niedokrwiny 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 finansowanych przez 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 przeciwkrzepliowego (mechaniczna proteza zastawkowa, trombofilia, zakrzepica żylna, zator płucny).
2. Uczestnikami projektu mogą być zarówno kobiety i mężczyźni. Realizacja projektu prowadzona jest zgodnie z zasadami niedyskryminacji oraz zgodnie z zasadami równości szans płci.
3. Warunkiem uczestnictwa jest zakwalifikowanie osoby do udziału w projekcie przez zespół medyczny na podstawie wypełnionej, podpisanej i przekazanej do Śląskiego Parku Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia kompletnej dokumentacji rekrutacyjnej:
 - a. Formularz rekrutacyjny.
 - b. Świadoma zgoda na udział w projekcie.



- c. Oświadczenie dot. stanu zdrowia.
 - d. Oświadczenie uczestnika projektu.
4. Dokumentacja powinna być wypełniona i podpisana przez uczestnika projektu lub jego opiekuna/osobę reprezentującą.
 5. W trakcie realizacji projektu uczestnicy zostaną objęci ubezpieczeniem.
 6. Czynności związane z rekrutacją może realizować w imieniu uczestnika projektu jego opiekun lub osoba bliska.

§ 3. Ogólne zasady rekrutacji

1. Rekrutacja do projektu prowadzona będzie w sposób ciągły, aż do zakończenia projektu lub do zrekrutowania przewidzianej w projekcie liczby uczestników. W przypadku wcześniejszego zrekrutowania kandydatów na uczestników projektu, rekrutacja zostanie skrócona, a stosowna informacja pojawi się na stronie projektu.
2. Rekrutacja prowadzona jest w ścisłej współpracy z podmiotem włączającym/ośrodkiem szpitalnym odpowiedzialnym za merytoryczną weryfikację i ocenę stanu zdrowia pacjenta chcącego wziąć udział w projekcie.
3. Zgłoszenie udziału można dokonać osobiście – poprzez złożenie dokumentacji w Biurze Projektu lub drogą pocztową na adres Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o., ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10c, 41-800 Zabrze lub drogą elektroniczną na adres terapiaudaru@kmptm.pl.
4. Dokumenty dostępne są na stronie internetowej www.kmptm.pl oraz w biurze Projektu.
5. Procedura rekrutacji obejmuje następujące etapy:
 - I etap - weryfikacja formalna dokumentów
 - II etap - ocena kryteriów punktowanych, na tym etapie rekrutacji premiowany będzie udział:
 - osoba niesamodzielną według skali Barthel – 2 pkt,
 - osoba w wieku powyżej 65 lat – 2 pkt,
 - prowadzenie 1-osobowego gospodarstwa domowego - 2 pkt.
 - III etap – wytypowanie osób spełniających kryteria udziału w projekcie, którzy wezmą udział w Projekcie oraz opracowanie listy osób rezerwowych

§ 4. Zasady kwalifikacji do udziału w projekcie

1. Weryfikacją otrzymanych dokumentów rekrutacyjnych oraz wstępną kwalifikacją zajmuje się zespół medyczny po stronie jednostki odpowiadającej za włączenie Uczestnika/Uczestniczki projektu.
2. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

3. W przypadku zgłoszenia się większej liczby osób spełniających kryteria, niż zaplanowano objąć wsparciem w ramach projektu, stworzona zostanie lista rezerwowa. W przypadku rezygnacji lub innego losowego zdarzenia wśród osób zakwalifikowanych do udziału w projekcie na ich miejsce wpisane zostaną osoby z listy rezerwowej.
4. Rekrutację od strony formalnej prowadzi specjalista ds. realizacji projektu.
5. Rekrutację od strony merytorycznej – medycznej prowadzi podmiot włączający/ośrodek szpitalny odpowiedzialny za włączenie pacjenta.
6. O wyniku procesu rekrutacyjnego uczestnicy zostaną poinformowani indywidualnie drogą pisemną/mailową/telefoniczną/bezpośrednio.
7. Uczestnik przystępując do projektu wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych w zakresie niezbędnym dla prowadzenia usług zdrowotnych. Podanie danych osobowych jest konieczne do przeprowadzenia procesu rekrutacji. Dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi w/w 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
- zachowania trwałości projektu
- archiwizacji
- badań i analiz.

8. Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia informuje, że zgodnie z wymogami Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego ma obowiązek przygotowania dokumentacji zdjęciowej z działań informacyjnych i promocyjnych.

§ 5. Rezygnacja z udziału w projekcie

1. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie uczestnik zobowiązany jest złożyć stosowne oświadczenie w formie pisemnej.
2. Oświadczenie powinno zostać przesłane drogą pocztową lub mailową na adres terapiaudaru@kmptm.pl lub pocztą na adres: Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10C, 41-800 Zabrze.
3. Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia posiada prawo do skreślenia uczestnika z listy uczestników w przypadku naruszenia przez niego niniejszego regulaminu.

§ 6. Postanowienia końcowe

1. Śląskie Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o. jako realizator projektu zastrzega sobie możliwość zmiany Regulaminu w sytuacji zmiany wytycznych, warunków realizacji projektu lub dokumentów programowych.
2. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają formy pisemnej.
3. Uczestnik przystępując do projektu oświadcza, że zapoznał się z niniejszym Regulaminem i jego załącznikami oraz wyraża zgodę na postanowienia niniejszego Regulaminu.
4. Regulamin obowiązuje w całym okresie realizacji projektu.
5. Nadzór nad realizacją Projektu, a także rozstrzyganie spraw nieuregulowanych Regulaminem, należy do specjalisty ds. realizacji projektu
6. Niniejszy Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie wchodzi w życie z dniem 15.09.2020 r. i obowiązuje przez cały okres realizacji projektu.
7. Kwestie nie uregulowane regulują przepisy Kodeksu Cywilnego.

PREZES ZARZĄDU

Adam Konka

Załączniki:

- a. Formularz rekrutacyjny.
- b. Świadoma zgoda na udział w projekcie.
- c. Oświadczenie dot. stanu zdrowia.
- d. Oświadczenie uczestnika projektu.
- e. Formularz rezygnacji.



6



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	☐ TAK, numer..... ☐ NIE				
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		☐ niższe niż podstawowe (ISCED 0)			
Kod pocztowy		☐ podstawowe (ISCED 1)			
Obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji – zaznacz „X” właściwe	☐ duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 mieszkańców i dużej gęstości zaludnienia) ☐ małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia)	☐ gimnazjalne (ISCED 2)			
		☐ ponadgimnazjalne (ISCED3)			
		☐ policealne (ISCED 4)			
		☐ wyższe (ISCED 5-8)			

☐ 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	TAK/ NIE/ ODMAWIAM PODANIA DANYCH

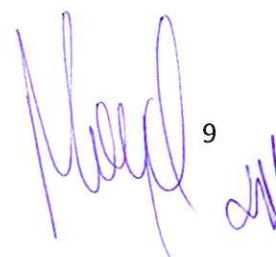
z dostępu do mieszkań	
3. jestem osobą z niepełnosprawnościami (posiadam orzeczenie o niepełnosprawności)	TAK/ NIE/ ODMAWIAM PODANIA DANYCH
4. jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	TAK/ NIE/ ODMAWIAM PODANIA DANYCH

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



9

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

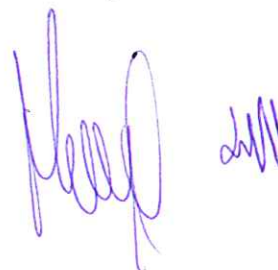
ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROJEKCIE

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,

c) 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 wykluczenia 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

d) u których nie występują wymienione poniżej kryteria wyłączenia:

- zdiagnozowane wcześniej migotanie przedsionków
- inne wskazania do leczenia przeciwkrzepliowego (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



12

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) Udostępnić informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluację/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



Oświadczenie o rezygnacji z udziału w projekcie:

**„Telemedycyna jako narzędzie skoordynowanej opieki medycznej dla
pacjentów po udarze”**

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Niniejszym rezygnuję ze swojego udziału w projekcie

w dniu

.....
Podpis uczestnika/uczestniczki lub osoby upoważnionej



15

