

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji
uczestników projektu pn.: „Kursy umiejętności dla lekarzy
i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine”

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					Zaznacz „X” właściwe/Termin
Ablacja 3D w leczeniu zaburzeń rytmu serca					
Implantacja stymulatorów bezelektrodowych					
Inwazyjne leczenie migotania przedsionków z kursem nakłucia transseptalnego					
Postępowanie z chorym trudnym, powikłanym w pracowni endowaskularnej (radiologii, chirurgii, kardiologii, neuroradiologii)					
Kurs z zakresu leczenia operacyjnego wad zastawki aortalnej i aorty wstępującej na modelu zwierzęcym i izolowanych tkankach zwierzęcych					
Postępowanie z pacjentem niewydolnym oddechowo, ze szczególnym uwzględnieniem chorych z COVID-19					
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	☐ TAK, numer..... ☐ NIE				
Kraj pochodzenia					
Tytuł naukowy		Nr prawa wykonywania			
Zaznaczyć właściwe					
Jestem w trakcie specjalizacji/ Jestem w trakcie rezydentury/ kształcenia w systemie pozarezydentkim/jestem w trakcie stażu					TAK/ NIE
Ukończyłem/łam specjalizację					TAK/ NIE
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)		
		☐ gimnazjalne (ISCED 2)			





Obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji – zaznacz „X” właściwe	☐ duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 mieszkańców i dużej gęstości zaludnienia)	☐ ponadgimnazjalne (ISCED3)
	☐ małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia)	☐ policealne (ISCED 4)
	☐ obszary wiejskie (o ludności < 5 000 i małej gęstości zaludnienia)	☐ 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) lub nr NIP praktyki lekarskiej		
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		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)	☐ TAK ☐ NIE
2. chęć skorzystania z noclegów w trakcie udziału w projekcie (nie dotyczy kursów 1-dniowych)	☐ TAK ☐ NIE
3. iż preferuję następującą dietę:	☐ Wegetariańska
	☐ Niewegetariańska

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji
uczestników projektu pn.: „Kursy umiejętności dla lekarzy
i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine”

DEKLARACJA UDZIAŁU 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

Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji
uczestników projektu pn.: „Kursy umiejętności dla lekarzy
i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine”

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 przekażę 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



Załącznik nr 4 do Regulaminu Rekrutacji
uczestników projektu pn.: „Kursy umiejętności dla lekarzy
i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine”

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć zakładu pracy)

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Zaświadcza się że, Pan/Pani.....
(imię i nazwisko)

PESEL.....zamieszkały/a.....
.....

jest zatrudniony/a w.....
(nazwa i adres zakładu pracy)

Na podstawie*:

- ☐ Umowy o pracę na czas nieokreślony od dnia.....
- ☐ Umowy o pracę na czas określony od dnia.....do dnia.....
- ☐ Umowy cywilnej (zlecenie, dzieło) od dnia.....do dnia.....
- ☐ Inna (jaka?.....) od dnia.....do dnia.....

Na stanowisku.....
.....

Zaświadczenie wydaje się na prośbę pracownika.

.....
(podpis, pieczęć osoby wydającej zaświadczenie)

* właściwie zaznaczyć

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.

Załącznik nr 5 do Regulaminu Rekrutacji
uczestników projektu pn.: „Kursy umiejętności dla lekarzy
i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine”

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

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.

Załącznik nr 6 do Regulaminu Rekrutacji
uczestników projektu pn.: „Kursy umiejętności dla lekarzy
i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine”

Oświadczenie o rezygnacji

Niniejszym rezygnuję ze swojego udziału w szkoleniu w dniu w ramach projektu „Kursy
umiejętności dla lekarzy i lekarzy rezydentów oparte o Evidence Based Medicine”.

Uzasadnienie:

.....
.....

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

