



ANKIETA PACJENTA

w ramach projektu nr RPLD.10.03.02-10-A002/21-00

„PO MOC W PROFILAKTYCE DERMATOLOGICZNEJ

- wdrożenie na obszarze m. Łodzi oraz podregionu piotrkowskiego „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniak złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

nazwisko i imię:		Nr PESEL:				
telefon kontaktowy:		adres e-mail:		data ur.:		
				Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)		
				pleć: K / M		
OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA						
Oświadczam, że zamieszkuje pod wskazanym poniżej adresem:						
powiat:....., miejscowość i kod pocztowy:						
ulica:nr domu:, nr lokalu.....						
<i>Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym, a zgodność w/w danych ze stanem faktycznym potwierdzam i poświadczam własnoręcznym podpisem.</i>						
..... podpis uczestnika						
Wykształcenie						
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe		<input type="checkbox"/> gimnazjalne		<input type="checkbox"/> policealne		
<input type="checkbox"/> podstawowe		<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne		<input type="checkbox"/> wyższe		
OŚWIADCZENIE						
Oświadczam, że dane osobowe są zgodne z dowodem osobistym o nr..... oraz że mieszkam pod wskazanym powyżej adresem.						
..... data	 podpis Uczestnika				
STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
<input type="checkbox"/> trwała niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> rencista z częściową zdolnością do pracy	<input type="checkbox"/> bierny zawodow o ¹	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> bezrobotny ²	<input type="checkbox"/> zatrudniony, na L4, od dnia.....	<input type="checkbox"/> zatrudniony

1 Osoby biernie zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych oraz osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego)

2 Osoby bezrobotne to: a) osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które są zarejestrowane w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotne, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy b) kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego ,nie pobierające świadczeń z tytułu urlopu, c) pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, nie zarejestrowane w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotne.

imię i nazwisko pacjenta:	PESEL:																			
---------------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczenie o statusie na rynku pracy

Oświadczam, że jestem osobą aktywną zawodowo tj. osobą pracującą / wyrażającą gotowość do podjęcia pracy³, otrzymane wsparcie w ramach projektu przyczyni się do wzrostu szans na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej oraz w wykonywanej przeze mnie pracy jestem/nie jestem³ narażony/a na promieniowanie UV.

.....
data

.....
podpis uczestnika

³Niepotrzebne skreślić

Zawód wykonywany:

Miejsce pracy:

nazwa firmy: _____

adres firmy: _____

Deklaracja woli udziału w Projekcie

Wyrażam zgodę na wzięcie udziału w Projekcie pt. „PO MOC W PROFILAKTYCE DERMATOLOGICZNEJ - wdrożenie na obszarze m. Łodzi oraz podregionu piotrkowskiego „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniak złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”. Jednocześnie zobowiązuje się do wypełnienia wymogów formalnych.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

Dodatkowe informacje:

Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?

TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?

TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?

TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy chce Pan/Pani ubiegać się o dofinansowanie:

- kosztów dojazdu do poradni
- kosztów opieki nad osobą zależną
- nie chce ubiegać się o dofinansowanie

.....
Podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. PO MOC W PROFILAKTYCE DERMATOLOGICZNEJ- wdrożenie na obszarze m. Łodzi oraz podregionu piotrkowskiego „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniak złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego” zobowiązuję się, że:

1. 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.

2. W terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie dostarczę Beneficjentowi dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej.*

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następuję:

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

a) Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2022,

b) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.

2. Mogę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

a) W zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 – iod@lodzkie.pl

b) W zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych” -iod@mir.gov.pl

Lub adres poczty - iodo@profamilia.net.pl

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu - pn. PO MOC W PROFILAKTYCE DERMATOLOGICZNEJ- wdrożenie na obszarze m. Łodzi oraz podregionu piotrkowskiego „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniak złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

4. 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 i h oraz i (litery h i i dotyczą obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:

1) W odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:

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 2014r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;

imię i nazwisko pacjenta:	PESEL:																		
---------------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2) W odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:

- a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013r. 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 2013r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
- c) Ustawy z dnia 11 lipca 2014r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020,
- 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 między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

5. Odbiorca moich danych jest:

- a) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
- b) Instytucja Zarządzająca – Zarząd Województwa łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
- c) Beneficjent realizujący Projekt- PROFAMILIA Anna Lesiewicz- Ksycińska, Lidia Zwierzak, Marcin Zwierzak Spółka Jawna ul. Stefana 2, 91-463 Łódź.
- d) Podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu - _____

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie administratora, Instytucji Zarządzającej, lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa łódzkiego na lata 2014-2020.

- 6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa łódzkiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
- 9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 10. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.
- 11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU