DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Uczestnik .....

(nazwisko i imię uczestnika)

Nr PESEL

Data urodzenia .....

Miejsce zamieszkania

.....

(adres zamieszkania: ulica, nr domu, kod, miejscowość)

....

nr telefonu *adres e-mail*

1. Deklaruję swój udział w Projekcie pn. „Kompleksowa opieka prenatalna - kobiety do 35 roku życia" realizowany przez KONIOR CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA.
2. Oświadczam, że spełniam warunki dotyczące uczestnictwa w Projekcie.
3. Wyrażam zgodę na wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku dla celów działań informacyjno - promocyjnych związanych z realizacją Projektu.
4. Zostałem poinformowany, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Uprzedzony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

....., dn. ....

Miejscowość *Czytelny podpis*

ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTU POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA

Dane uczestnika	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Kraj	
	5	Rodzaj uczestnika	Indywidualny
	6	Nazwa Instytucji	Nie dotyczy
	7	Płeć	
	8	Data urodzenia	
	9	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	10	Wykształcenie	
Dane kontaktowe uczestnika	11	Kraj	Polska
	12	Województwo	śląskie
	13	Powiat	
	14	Gmina	
	15	Miejscowość	
	16	Ulica	
	17	Nr budynku	
	18	Nr lokalu	
	19	Kod pocztowy	
	20	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	-
	21	Telefon kontaktowy	
	22	Adres e-mail	
Szczegóły i rodzaj wsparcia	23	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	24	Data zakończenia udziału w	

		projekcie	
	25	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
	26	Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia	
	27	Wykonywany zawód	
	28	Zatrudniony w	
	29	Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
	30	Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
	31	Inne rezultaty dotyczące osób młodych	
	32	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	
	33	Rodzaj przyznanego wsparcia	
	34	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
	35	Data zakończenia udziału we wsparciu	
	36	Data założenia działalności gospodarczej	Nie dotyczy
	37	Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej	Nie dotyczy
	38	PKD założonej działalności gospodarczej	Nie dotyczy
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	39	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
	40	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
	41	Osoba z	

		niepełnosprawnościami	
	42	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej	
	43	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu	Tak

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Kompleksowa opieka prenatalna - kobiety do 35 roku życia"
ja niżej podpisany/a:

.....

(nazwisko i imię)

przyjmuję do wiadomości, iż:

1) Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonia 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, adres email: daneosobowe@slaskie.pl.
3) Moje dane osobowe będą przetwarzane 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 ciążący 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 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 - KONIOR CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA ul. Pszenna 11, Bielsko - Biała.

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, 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

……, dn. …… ……

Miejscowość *Czytelny podpis*

NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE
KONIOR CLINIC
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. K.
43-300 Bielsko- Biała, ul. Pszenna 11
REGON 243100510 NIP:5472144708
TEL.33 815 7900; 33 815 7902

PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH

Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Imię i Nazwisko, pesel .....

Adres:.....

Nr telefonu kontaktowego: .....

Adres e-mail: .....

Upoważniam do informacji o stanie zdrowia i odbioru wyników badań prenatalnych pana/panią: .....

nr dowodu osobistego; .....

Nr telefonu kontaktowego: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z obowiązkiem prawnym ciążącym na administratorze (art. 6 ust. 1 lit c oraz art. 9 ust 2 lit. g Rozporzadzenia Parlamentu Uuropejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danycj osobowych i w sprawie swobodnego przeplywu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO) w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznego programu zdrowotnego „Program Kompleksowa opieka prenatalna - kobiety do 35 roku życia" – program do roku 2020, oraz programu badań prenatalnych refundowanych w ramach NFZ. Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczt elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przez mnie danych dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....

Bielsko-Biała, dnia

.....

czytelny podpis świadczeniobiorcy

Ostatnia miesiączka (data):.....

Ciąża(która?)..... Przebyte porody(ile?)..... Poronienia(ile?)..... Waga przed ciążą:.....

Wzrost:.....

Palenie papierosów:.....

Grupa krwi:.....

Choroby przewlekłe i leki przyjmowane na stałe:.....

.....

czytelny podpis świadczeniobiorcy

IZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE
KONIOR CLINIC
ıpółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. K.
3-300 Bielsko- Biała, ul. Pszenna 11
EGON 243100510 NIP:5472144708
EL.33 815 7900; 33 815 7902

ZGODA PACJENTKI NA WYKONANIE USG PRENATALNE i POBRANIE KRWI

Zapoznałam się z informacją dla pacjentek poddających się nieinwazyjnym badaniom prenatalnym:(badania USG, test podwójny; PAPP-A, test wolny Beta-HCG, test potrójny; B HCG, AFP, Estriol wolny) i oświadczam, że jest ona dla mnie zrozumiała. Udzielono mi informacji na temat skuteczności powyższych badań i testów w wykrywaniu chorób genetycznych. Rozumiem, że wynik nieprawidłowy nie oznacza choroby płodu lecz jej podwyższone ryzyko i wymaga dalszej diagnostyki, a wynik prawidłowy nie oznacza braku choroby lecz jej niskie ryzyko wystąpienia.

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych i medycznych do laboratorium przeprowadzającego test podwójny i test potrójny na przetwarzanie tych danych jedynie w celu opracowania wyniku i przekazanie go mnie osobiście lub osobie upoważnionej albo mojemu lekarzowi prowadzącemu. Wyrażam zgodę na kontakt położnych i lekarzy KONIOR CLINIC w celu uzyskania informacji na temat przebiegu mojej ciąży w przypadku skierowania przez lekarza do diagnostyki pogłębionej.

Bielsko-Biała dnia.....

.....
Czytelny podpis świadczeniobiorcy