

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

I. Deklaracja uczestnictwa w Projekcie pn. *"Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi"* nr POWR.05.02.00-00-0004/19 realizowanego przez Lidera projektu: Departament Oceny Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia wraz z Partnerem Projektu: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w ramach V Osi priorytetowej pn. *Wsparcie dla obszaru zdrowia* Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) na lata 2014-2020, Działania 5.1 pn. *Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych*

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

Dane uczestnika		
Imię (imiona)		
Nazwisko		
Kraj		
PESEL		
Brak PESEL	Tak / Nie / Nie dotyczy	
Płeć	Kobieta	Tak / Nie
	Mężczyzna	Tak / Nie
Wiek w chwili przystępowania do projektu		
Wykształcenie	Niższe niż podstawowe	Tak / Nie
	Podstawowe	Tak / Nie
	Gimnazjalne	Tak / Nie
	Ponadgimnazjalne	Tak / Nie
	Policealne	Tak / Nie
	Wyższe	Tak / Nie
Data rozpoczęcia udziału w projekcie - wypełnia Wykonawca szkolenia		
Dane kontaktowe – adres zamieszkania		
Województwo		
Powiat		
Gmina		
Miejscowość		
Ulica		
Nr budynku		
Nr lokalu		
Kod pocztowy		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	a. Osoba bezrobotna	Tak / Nie
	osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	Tak / Nie
	osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	Tak / Nie
	osoba bierna zawodowo (w tym student/тка)	Tak / Nie
Status uczestnika Projektu w chwili przystąpienia do projektu	b. Osoba pracująca	Tak / Nie
	Wykonywany zawód	
	Miejsce zatrudnienia	
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe)	Tak / Nie / odmawiam odpowiedzi
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak / Nie
	Osoba z niepełnosprawnościami (dane wrażliwe)	Tak / Nie / odmawiam odpowiedzi
	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	Tak / Nie
	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	Tak / Nie
	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Tak / Nie
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (dane wrażliwe)	Tak / Nie / odmawiam odpowiedzi

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) na lata 2014-2020, Działanie 5.1 pn. Działania *projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia*

ułatwiający dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych; umowa nr POWR.05.02.00-00-0004/19 jest współfinansowana przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie.
4. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby Projektu.
5. Zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Lidera Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w deklaracji uczestnictwa w projekcie oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej, (np. podjęcie zatrudnienia).

Zostałem/am uprzedzony/a, że złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, skutkuje odpowiedzialnością przewidzianą w przepisach prawa powszechnie obowiązującego. Jednocześnie oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

*/zgodnie z podpisem elektronicznym/ **

.....
czytelny podpis UCZESTNIKA PROJEKTU

*/zgodnie z podpisem elektronicznym/ **

* skreślić, jeśli nie dotyczy.