



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

*„Racjonalne decyzje w systemie ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej”*

<b>Beneficjent</b>	<b><i>Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji</i></b>
<b>Tytuł Projektu</b>	<b><i>„Racjonalne decyzje w systemie ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej”</i></b>
<b>Numer Projektu</b>	<b>POWR.05.02.00-00-0002/18-00</b>
<b>Nazwa Programu Operacyjnego</b>	<b><i>Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS)</i></b>
<b>Numer i nazwa Osi Priorytetowej w ramach Programu Operacyjnego</b>	<b><i>V. Wsparcie dla obszaru zdrowia</i></b>
<b>Numer i nazwa Działania w ramach Osi Priorytetowej</b>	<b><i>5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych</i></b>

<b>Nazwa szkolenia:</b>	<input type="checkbox"/> PPZ <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> TARYFIKACJA <input type="checkbox"/> WYTYCZNE KLINICZNE
<b>Organizator szkolenia:</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
<b>Miejsce i data szkolenia:</b>	
<b>NOCLEG:</b>	<input type="checkbox"/> tak (proszę o wypełnienie i przesłanie zał. nr 3) <input type="checkbox"/> nie

<b>DANE KANDYDATA/KANDYDATKI</b>	
Imię :	Nazwisko:
Płeć:	Data urodzenia:
PESEL:	Telefon:
Nazwa miejsca pracy/institucji/organizacji:	
Specjalne potrzeby:	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) - <b>wypełnia realizator projektu:</b>	
<b>DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA</b>	
Ulica:	Nr domu/Nr lokalu:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Poczta:	Województwo:
Powiat:	Gmina:
<b>Dane kontaktowe:</b>	
Adres e-mail:	
Dane do korespondencji jeśli są inne niż miejsce zamieszkania:	

<p style="text-align: center;"><b>WYKSZTAŁCENIE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Brak (ISCED 0) – brak formalnego wykształcenia</li> <li><input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)</li> <li><input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)</li> <li><input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) – kształcenie ukończone na poziomie: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> średnie zawodowe</li> <li><input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące</li> <li><input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) – kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</li> <li><input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8) – kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</li> <li><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</li> <li><input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca#: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> </li> </ul>

<b>Wykonywany zawód##:</b>	
<b>Zatrudniony w##:</b>	

# **UWAGA** Uczestnik Projektu będący osobą pracującą jest zobowiązany do poświadczenia faktu zatrudnienia na dzień wypełnienia niniejszego formularza (np. mail od pracodawcy, rejestracja przy pomocy służbowego maila z afiliacją w stopce lub pisemne zaświadczenie od pracodawcy)

## na dzień wypełnienia niniejszego formularza

<b>SZCZEGÓLNA SYTUACJA</b>	
Należy zaznaczyć znakiem „X” właściwe pole w każdym z wierszy poniżej	
Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, jestem migrantem, jestem osobą obcego pochodzenia (dane wrażliwe).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań <sup>18</sup> (dane wrażliwe).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
Jestem osobą z niepełnosprawnościami <sup>13</sup> (należy dołączyć odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia) (dane wrażliwe)*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
Osoba z innej niekorzystnej sytuacji społecznej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi

\*uczestnik projektu jest zobowiązany do przedłożenia orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności oraz orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.). Natomiast pozostałe osoby (np. osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi) na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej mogą przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię.

**DANE ORGANIZACJI OTRZYMUJĄCEJ WSPARCIE**

(dotyczy tylko organizacji pacjenckich)

Nazwa organizacji:

NIP:

Brak NIP:  TAK  NIE

Ulica:

Nr domu/Nr lokalu:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Poczta:

Województwo:

Powiat:

Gmina:

**Dane kontaktowe:**

Adres e-mail:

Telefon kontaktowy:

Dane do korespondencji jeśli są inne niż miejsce zamieszkania:

## Rezygnacja z udziału w szkoleniu

1. Uczestnik/Uczestniczka szkolenia akceptuje poniższe warunki rezygnacji z udziału w szkoleniu.
2. Uczestnik/Uczestniczka szkolenia może zgłosić rezygnację z udziału w szkoleniu.
3. Rezygnacji ze szkolenia można dokonać na 3 dni robocze przed wyznaczonym terminem szkolenia, na dwa sposoby w formie pisemnej na adres e-mail: szkolenia@aotm.gov.pl lub telefonicznie pod numerem telefonu +48 22 101 46 47.
4. W przypadku złożenia rezygnacji na 3 dni robocze przed wyznaczonym terminem szkolenia, Uczestnik/Uczestniczka nie ponosi żadnych kosztów z tytułu rezerwacji miejsc noclegowych i zapewnienia cateringu.
5. W przypadku nieobecności Uczestnika/Uczestniczki na szkoleniu, bez złożenia wcześniejszej rezygnacji w terminie określonym w pkt 4, Uczestnik/Uczestniczka jest zobowiązany/zobowiązana pokryć do 100% kosztów z tytułu rezerwacji miejsca noclegowego i zapewnienia posiłku/ów dla niego/niej.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....

(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

## 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. **„Racjonalne decyzje w systemie ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej”** który jest realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), Oś priorytetowa V „Wsparcie dla obszaru zdrowia”, Działanie 5.2 „Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych” 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 **„Racjonalne decyzje w systemie ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej”** który jest realizowany w ramach **Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), Oś priorytetowa V „Wsparcie dla obszaru zdrowia”, Działanie 5.2 „Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
  4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ul. Przeskok 2, 00-032 Warszawa** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – **Opal Travel and Business Service Ltd. Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (kod. poczt. 00-168), przy ul. Karmelickiej 19**. 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. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. 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<sup>1</sup>:

- 1) 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,
- 2) 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,
- 3) 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.),
- 4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ul. Przeskok 2, 00-032 Warszawa** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - **Opal Travel and Business Service Ltd. Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (kod. poczt. 00-168), przy ul. Karmelickiej 19**. 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.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub adres poczty **biuroprawne@aotm.gov.pl**
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*

<sup>1</sup> Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.