

## DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE pn.

Poprawa dostępu kobiet aktywnych zawodowo z subregionu jeleniogórskiego do "Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi" w celu wydłużenia aktywności zawodowej na rynku pracy  
RPDS.08.07.00-02-0012/16 (PROFILAKTYKA RAKA PIERSI)\*

Poprawa dostępu kobiet aktywnych zawodowo z subregionu jeleniogórskiego do "Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy" w celu wydłużenie aktywności zawodowej na rynku pracy  
RPDS.08.07.00-02-0011/16 (PROFILAKTYKA RAKA SZYJKI MACICY)\*

Poprawa dostępu do programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego dla osób aktywnych zawodowo z subregionu jeleniogórskiego w celu wydłużenie aktywności zawodowej na rynku pracy  
RPDS.08.07.00-02-0010/16 (PROFILAKTYKA RAKA JELITA GRUBEGO)\*

**Ja, niżej podpisany/a,**

**Imię i nazwisko** ....., **płeć (K/M)**....., **wiek**.....

**Pesel**

**Adres zamieszkania:**.....  
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, gmina, powiat)

**Telefon:** ..... **adres e-mail:**.....

**wykształcenie**..... **wykonywany zawód**.....

**zatrudniony w** .....  
(nazwa instytucji/przedsiębiorstwa / adres siedziby przedsiębiorstwa)

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/am się i akceptuję treść Regulaminu Uczestnictwa w Projekcie dostępnego na stronie internetowej [www.spzoz.zgorzelec.pl](http://www.spzoz.zgorzelec.pl) lub w siedzibie WS-SPZOZ w Zgorzelcu lub w miejscu wypełniania deklaracji
- ✓ dane podane w formularzu rekrutacyjnym, są zgodne z prawdą.
- ✓ spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie/projektach
- ✓ zostałam/em poinformowana/y że ww. projekt/y jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014- 2020, działanie 8.7 Aktywne i Zdrowe Starzenie się
- ✓ w chwili przystąpienia do projektu jestem osobą aktywną zawodowo zgodnie z definicją ujętą w regulaminie projektów,
- ✓ Zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu i oceną funkcjonowania projektów.
- ✓ w przypadku rejestracji do profilaktycznego badania, którego nigdy wcześniej nie wykonywałam - miałam/am pierwszeństwo w ich udziale.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- ✓ przestrzegania zasad uczestnictwa w projekcie wskazanych w Regulaminie,
- ✓ uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych w Regulaminie,

Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie.  
**Oświadczam, że uczestniczyłam/-em w spotkaniu/szkoleniu informacyjno-edukacyjnym w zakresie profilaktyki raka jelita grubego, raka piersi, raka szyjki macicy oraz otrzymałam/ -em materiały informacyjne promujące projekt.**

1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej / <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej / <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP / <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej / <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek / <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie / <input type="checkbox"/> inne
----	---	--

2	Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> inny / <input type="checkbox"/> instruktor praktyczne nauki zawodu / <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego / <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego / <input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego / <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia / <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej / <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy / <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego / <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej / <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej / <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej / <input type="checkbox"/> rolnik
---	------------------	--

3.	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<p><b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b></p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
		<p><b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b></p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		<p><b>Osoba z niepełnosprawnościami</b></p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
		<p><b>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,</b></p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		<p><b>w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</b></p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		<p><b>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b></p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		<p><b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b></p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

**Nazwa działania informacyjno-edukacyjnego zgodnie z programem szkoleniowym (\*skreślić niewłaściwe)**

Edukacja prozdrowotna profilaktyki raka jelita grubego, piersi, szyjki macicy oraz edukacja dotycząca likwidacji barier równościowych (zadanie nr 3)* /	Informowanie społeczeństwa na temat profilaktyki raka jelita grubego, piersi, szyjki macicy (zadanie nr 4)* /	Edukacja prozdrowotna i informacja skierowana do lekarzy medycyny pracy oraz pracodawców (zadanie nr 5)*.
---	---	---

Imię i nazwisko prowadzącego wraz z podpisem		Miejsce realizacji działania	Zakres czasowy prowadzonego działania
.....			
..... Data udzielenia wsparcia	..... Podpis Uczestnika Projektu <b>PROFILAKTYKI RAKA PIERSI*</b>	..... Podpis Uczestnika Projektu <b>PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY*</b>	..... Podpis Uczestnika Projektu <b>PROFILAKTYKI RAKA JELITA GRUBEGO*</b>

\* złożenie podpisu jest jednoznaczne z wyrażeniem woli uczestnictwa w projekcie

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektów pn.

*Poprawa dostępu do programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego dla osób aktywnych zawodowo z subregionu jeleniogórskiego w celu wydłużenia aktywności zawodowej na rynku pracy, (zwanym dalej „projektem”)\*,*

*Poprawa dostępu kobiet aktywnych zawodowo z subregionu jeleniogórskiego do „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” w celu wydłużenia aktywności zawodowej na rynku pracy, (zwanym dalej „projektem”)\*,*

*Poprawa dostępu kobiet aktywnych zawodowo z subregionu jeleniogórskiego do „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi” w celu wydłużenia aktywności zawodowej na rynku pracy, (zwanym dalej „projektem”)\**

oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych jest minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020, jest Marszałek Województwa Dolnośląskiego, mający siedzibę przy ul. Wybrzeże Słowackiego 12-14, 50-114 Wrocław.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostaną przekazane do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.
5. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2012-2020, Instytucji Pośredniczącej, beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014-2020, Instytucji Pośredniczącej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014-2020.
6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
7. Po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014-2020.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis uczestnika projektu