



| |
|--|
| Nazwa projektodawcy: |
| Fundacja Pomocy Dzieciom z Chorobami Nowotworowymi W Poznaniu |
| Tytuł projektu: |
| „Wielkopolski Program Profilaktyczny w zakresie onkologii dziecięcej” |

| Dane uczestnika | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="20">zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED) | ISCED 5-8 Wyższe | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ISCED 4 Policealne | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ISCED 2 Gimnazjalne | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ISCED 1 Podstawowe | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ISCED 0 Brak | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Z komentarzem [WW1]: Proszę uzupełnić wszystkie pola

Z komentarzem [WW2]: Dane dotyczą rodzica, opiekuna, babci, dziadka lub rodzeństwa powyżej 16 roku życia- (każdy z otoczenie pacjenta mogący wziąć udział w projekcie)

Z komentarzem [WW3]: Proszę wpisać DRUKOWANYMI LITERAMI

| Dane kontaktowe uczestnika | |
|-----------------------------------|--|
| Województwo | |
| Powiat | |
| Gmina | |
| Miejscowość | |
| Ulica | |
| Nr budynku | |
| Nr lokalu | |
| Kod pocztowy | |
| Telefon kontaktowy | |
| Adres e-mail | |

Z komentarzem [WW4]: Wystarczy jedno z dwóch (telefon i/lub e-mail)



Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

| | | | | |
|---|-----|--|-----|--|
| Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy. | Tak | | Nie | |
| Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy. | Tak | | Nie | |
| W tym długotrwale bezrobotny Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorosli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. | Tak | | Nie | |
| Bierny zawodowo Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). 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), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). | Tak | | Nie | |
| W tym osoba ucząca się | Tak | | Nie | |
| W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | Tak | | Nie | |
| Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy) | Tak | | Nie | |
| osoba pracująca w administracji rządowej | | | | |
| osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | |
| Inne | | | | |
| osoba pracująca w MMŚP | | | | |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | | |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | |
| Zatrudniony w: Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony | | | | |
| Wykonywany zawód: | | | | |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego | | | | |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego | | | | |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego | | | | |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | | | | |
| Pracownik instytucji rynku pracy | | | | |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | | | | |
| Rolnik | | | | |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | | | | |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | | | | |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | | | | |
| Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej | | | | |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu | | | | |
| Inny | | | | |

Z komentarzem [WW5]: Pola: Bezrobotny zarejestrowany..., „Bezrobotny niezarejestrowany...” oraz „Bierny zawodowo”.
Odpowiedź „Tak” może pojawić się tylko w jednym z powyżej wymienionych- w pozostałych z tych trzech zaznaczamy „Nie”

Z komentarzem [WW6]: Według definicji poniżej

Z komentarzem [WW7]: Osoba bierna zawodowo to dziecko poniżej 18 roku życia, osoba ucząca się/student, emeryt, rencista, osoba na urlopie wychowawczym (o ile nie jest zarejestrowana jako bezrobotna)

Z komentarzem [WW8]: Jeśli uczęszczam do szkoły lub studium zaznaczam „Tak”

Z komentarzem [WW9]: Jeśli uczestniczę w szkoleniu to zaznaczam odpowiedź „Nie”, jeśli nie uczestniczę w szkoleniu to zaznaczam odpowiedź „Tak”

Z komentarzem [WW10]: Jeśli zaznaczono odpowiedź „Tak” proszę wypełnić pola poniżej; jeśli zaznaczono odpowiedź „Nie” pola poniżej proszę zostawić puste



Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)

Z komentarzem [WW11]: Proszę wypełnić wszystkie pytania

Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, lemkońska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|
| Tak | | Nie | | Odmowa podania informacji | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)
2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|--|--|
| Tak | | Nie | | | |
|-----|--|-----|--|--|--|

Osoba z niepełnosprawnościami

- Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności:
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym,
 - orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
 - orzeczenie o niezdolności do pracy,
 - orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności,
 - orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim,
 - inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.),
 - w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|
| Tak | | Nie | | Odmowa podania informacji | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej

Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.

(Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|
| Tak | | Nie | | Odmowa podania informacji | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|

Zgoda na czynności doradcze pełnione w ramach projektu

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|--|--|
| TAK | | NIE | | | |
|-----|--|-----|--|--|--|

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych
(należy wypełnić w dniu przystąpienia do projektu)

Data

Podpis

Z komentarzem [WW12]: Data nie może być późniejsza niż data odbycia pierwszej konsultacji

Z komentarzem [WW13]: Proszę pamiętać o podpisie



| Dane pacjenta/rodzeństwa* | | | | |
|--|---|-------------|-----------|------------|
| Imię | | | | |
| Nazwisko | | | | |
| Pacjent pod opieką:* | Poradnia | Oddział III | Oddział V | Oddział XV |
| PESEL | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL | | | |
| Dziecko uczące się? | TAK | | NIE | |
| Wysztalcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED) | ISCED 5-8 Wyższe | | | |
| | ISCED 4 Policealne | | | |
| | ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) | | | |
| | ISCED 2 Gimnazjalne | | | |
| | ISCED 1 Podstawowe | | | |
| | ISCED 0 Brak | | | |

Z komentarzem [WW14]: Proszę uzupełnić wszystkie pola

Z komentarzem [WW15]: Dane dotyczą pacjenta (dziecko) lub jego rodzeństwa poniżej 16 roku życia – wypełnia prawny opiekun, lub może sam pacjent jeżeli jest w wieku od 16 do 18 lat.
*niepotrzebne skreślić

Z komentarzem [WW16]: Proszę wpisać DRUKOWANYMI LITERAMI

| Dane kontaktowe uczestnika | |
|----------------------------|--|
| Województwo | |
| Powiat | |
| Gmina | |
| Miejscowość | |
| Ulica | |
| Nr budynku | |
| Nr lokalu | |
| Kod pocztowy | |
| Telefon kontaktowy | |
| Adres e-mail | |

Z komentarzem [WW17]: Jeżeli zostały wcześniej podane dane „Uczestnika” pola można zostawić puste.



Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

| | | | | |
|---|-----|---|-----|---|
| Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy. | Tak | | Nie | X |
| Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy. | Tak | | Nie | X |
| W tym długotrwale bezrobotny Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorosli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. | Tak | | Nie | X |
| Bierny zawodowo Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). 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), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). | Tak | X | Nie | |
| W tym osoba ucząca się | Tak | | Nie | |
| W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | Tak | | Nie | |
| Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy) | Tak | | Nie | X |
| osoba pracująca w administracji rządowej | | | | |
| osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | |
| Inne | | | | |
| osoba pracująca w MMŚP | | | | |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | | |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | |
| Zatrudniony w: Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony | | | | |
| Wykonywany zawód: | | | | |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego | | | | |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego | | | | |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego | | | | |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | | | | |
| Pracownik instytucji rynku pracy | | | | |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | | | | |
| Rolnik | | | | |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | | | | |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | | | | |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | | | | |
| Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej | | | | |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu | | | | |
| Inny | | | | |

Z komentarzem [WW18]: Dziecko poniżej 18 roku życia to osoba bierna zawodowo, dlatego proszę zaznaczyć pola według wzoru poniżej

Z komentarzem [WW19]: Jeśli dziecko uczęszcza do szkoły proszę zaznaczyć „Tak”

Z komentarzem [WW20]: Jeśli dziecko uczestniczy w szkoleniu to zaznaczam odpowiedź „Nie”, jeśli nie uczestniczy w szkoleniu to zaznaczam odpowiedź „Tak”

Z komentarzem [WW21]: Pola poniżej pozostają puste



Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)

Z komentarzem [WW22]: Proszę wypełnić wszystkie pytania

Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|
| Tak | | Nie | | Odmowa podania informacji | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)
2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|--|--|
| Tak | | Nie | | | |
|-----|--|-----|--|--|--|

Osoba z niepełnosprawnościami

- Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności:
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym,
 - orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
 - orzeczenie o niezdolności do pracy,
 - orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności,
 - orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim,
 - inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.),
 - w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|
| Tak | | Nie | | Odmowa podania informacji | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej

Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.

(Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|
| Tak | | Nie | | Odmowa podania informacji | |
|-----|--|-----|--|---------------------------|--|

Zgoda na czynności doradcze pełnione w ramach projektu

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|--|--|
| TAK | | NIE | | | |
|-----|--|-----|--|--|--|

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych
(należy wypełnić w dniu przystąpienia do projektu)

Data

Podpis

Z komentarzem [WW23]: Data nie może być późniejsza niż data odbycia pierwszej konsultacji. Powinna być taka sama jak data pod formularzem „uczestnika”

Z komentarzem [WW24]: Proszę pamiętać o podpisie. Podpis składa prawny opiekun pacjenta lub sam pacjent jeżeli jest w wieku od 16 do 18 lat.



Zał. Nr 1 do formularza zgłoszeniowego

ÓSWIADCZENIE 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. *Wielkopolska Onkologia Dziecięca- Wielkopolski Program Profilaktyczny w zakresie onkologii dziecięcej* oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych
 - w ramach zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 – 2014-2020: Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e-mail:inspektor.ochrony@umww.pl,
 - w ramach zbioru Centralny system teleinformatyczny: Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4,00-926 Warszawa, e-mail: iod@miir.gov.pl.
3. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
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 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 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 (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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);

Z komentarzem [WW25]: Należy podpisać dwa oświadczenia:

- Jedno dla „Uczestnika” (rodzic/opiekun/pozostała rodzina),
 - Drugie dla „Pacjenta”.
- Podpisuje osoba wypełniająca Formularz.

Z komentarzem [WW26]: Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych „Uczestnika” .

- 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.);
- 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).
5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu nr RPWP.07.02.02-30-0049/17, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz w celu archiwizacji w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej -Zarządowi Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, Beneficjentowi realizującemu Projekt – Fundacji Pomocy Dzieciom z Chorobami Nowotworowymi w Poznaniu, ul. Bukowska 74/1, 60-812 Poznań oraz podmiotowi, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczy w realizacji Projektu – Szpitalowi Klinicznemu im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.
7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
8. 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.
9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU¹⁾

Z komentarzem [WW27]: Data powinna być zgodna z datą pod Formularzem.

Z komentarzem [WW28]: Proszę pamiętać o podpisie.

¹ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Załącznik Nr 1 do formularza zgłoszeniowego

ÓSWIADCZENIE 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. *Wielkopolska Onkologia Dziecięca- Wielkopolski Program Profilaktyczny w zakresie onkologii dziecięcej* oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

13. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
14. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych
 - w ramach zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 – 2014-2020: Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e-mail:inspektor.ochrony@umww.pl,
 - w ramach zbioru Centralny system teleinformatyczny: Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4,00-926 Warszawa, e-mail: iod@miir.gov.pl.
15. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
16. 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 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 3) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 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 (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.);
 - 4) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);

Z komentarzem [WW29]: Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych „Pacjenta”.



- 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.);
- 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).
17. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu nr RPWP.07.02.02-30-0049/17, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz w celu archiwizacji w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
18. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej -Zarządowi Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, Beneficjentowi realizującemu Projekt – Fundacji Pomocy Dzieciom z Chorobami Nowotworowymi w Poznaniu, ul. Bukowska 74/1, 60-812 Poznań oraz podmiotowi, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczy w realizacji Projektu – Szpitalowi Klinicznemu im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.
19. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
20. 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.
21. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
22. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
23. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
24. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU²

Z komentarzem [WW30]: Data powinna być zgodna z datą pod Formularzem.

Z komentarzem [WW31]: Proszę pamiętać o podpisie.

² W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.