

## KWESTIONARIUSZ KWALIFIKACYJNY

Dotyczy projektu pn. „Pro life+ Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób z terenu powiatu suskiego, wadowickiego i oświęcimskiego” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 - 2020, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużenia aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne, dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Projekt realizowany jest w:

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**

**ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka**

Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego (III p.)

Informacja i rejestracja telefoniczna: 668-312-904

e-mail: kolonoskopia@zozsuchabeskidzka.pl

1. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:	
IMIĘ I NAZWISKO	
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEТА <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
PESEL	
DATA URODZENIA	
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (ISCED 0) <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (ISCED 1) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (ISCED 2) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (ISCED 4) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8)
2. DANE KONTAKTOWE:	
WOJEWÓDZTWO	
POWIAT	
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA	
NUMER BUDYNKU	
NUMER LOKALU	
KOD POCZTOWY	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	

<p><b>OŚWIADCZAM, ŻE ZAMIESZKUJĘ / PRACUJĘ / UCZĘ SIĘ</b> (odpowiednie zaznaczyć) <b>NA TERENIE POWIATÓW OBJĘTYCH PROJEKTEM</b></p>		<p>(odpowiednie zaznaczyć)</p> <p><input type="checkbox"/> POWIAT SUSKI</p> <p><input type="checkbox"/> POWIAT WADOWICKI</p> <p><input type="checkbox"/> POWIAT OŚWIĘCIMSKI</p>
<p><b>3. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKU:</b></p>		
<p><b>OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBA</b> (proszę zaznaczyć właściwe znakiem X)</p>		
<p><b>BEZROBOTNĄ NIEZAREJESTROWANĄ</b> <input type="checkbox"/> <b>w ewidencji urzędów pracy</b> <i>Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna.</i></p>	<p>w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> DŁUGOTRWALE BEZROBOTNĄ (powyżej 12 miesięcy)</p> <p><input type="checkbox"/> INNE</p>	
<p><b>BEZROBOTNĄ ZAREJESTROWANĄ</b> <input type="checkbox"/> <b>w ewidencji urzędów pracy</b> <i>Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna</i></p>	<p>w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> DŁUGOTRWALE BEZROBOTNĄ (powyżej 12 miesięcy)</p> <p><input type="checkbox"/> INNE</p>	
<p><b>BIERNĄ ZAWODOWO</b> <input type="checkbox"/> <i>Osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna - zarejestrowana lub nie w urzędzie pracy)</i></p>	<p>w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA UCZĄCĄ SIĘ</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA NIEUCZESTNICZĄCĄ W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU</p> <p><input type="checkbox"/> INNE</p>	
<p><b>DEKLARACJA GOTOWOŚCI PODJĘCIA ZATRUDNIENIA</b> Oświadczam, iż jako osoba bezrobotna lub bierna zawodowo deklaruję gotowość podjęcia zatrudnienia (dotyczy wyłącznie uczestników o statusie osoby bezrobotnej lub biernej zawodowo). <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>PRACUJĄCĄ</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCĄ W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCĄ W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCĄ W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PROWADZĄCĄ DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCĄ W MMŚP (zatrudnienie do 250 osób)</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCĄ W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE (zatrudnienie powyżej 250 osób)</p> <p><input type="checkbox"/> INNE</p>	

<p><b>WYKONYWANY ZAWÓD</b> <i>(dotyczy osób pracujących)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> INSTRUKTOR PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU</p> <p><input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO</p> <p><input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO</p> <p><input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA</p> <p><input type="checkbox"/> KLUCZOWY PRACOWNIK INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI RYNKU PRACY</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SZKOLNICTWA WYŻSZEGO</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK OŚRODKA WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ</p> <p><input type="checkbox"/> ROLNIK</p> <p><input type="checkbox"/> INNY</p>
<p><b>MIEJSCE ZATRUDNIENIA</b> <i>(pełna nazwa instytucji/przedsiębiorstwa)</i></p>	

<p><b>4. DANE DODATKOWE:</b></p>	
<p><b>OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBA</b> <i>(proszę zaznaczyć właściwe znakiem X)</i></p>	
<p><b>NALEŻĄCĄ DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANTEM, OSOBA OBCEGO POCZODZENIA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI</p>
<p><b>BEZDOMNĄ LUB DOTKNIĘTĄ WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</b></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p><b>Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI</p>
<p><b>W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI</p>

<b>5. POTRZEBY UCZESTNIKA PROJEKTU:</b>	
<b>CZY JEST PAN/PANI ZAINTERESOWANY(-A) ZWROTEM KOSZTÓW ZAPEWNIENIA OPIEKI DOMOWEJ DLA OSOBY ZALEZNEJ PODCZAS UCZESTNICTWA W BADANIU PRZESIEWOWYM?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>CZY JEST PAN/PANI ZAINTERESOWANY(-A) ZWROTEM KOSZTÓW DOJAZDU TRANSPORTEM WŁASNYM/KOMUNIKACJĄ MIEJSKĄ?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>INNE (proszę określić jakie?)</b>	

<b>6. POZYSKANIE INFORMACJI O PROJEKCIE:</b>	
<input type="checkbox"/> PERSONEL ZOZ W SUCHEJ BESKIDZKIEJ <input type="checkbox"/> PERSONEL POZ/OŚRODKA ZDROWIA <input type="checkbox"/> STRONA INTERNETOWA/MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE	<input type="checkbox"/> PRASA LOKALNA <input type="checkbox"/> ZAKŁAD PRACY <input type="checkbox"/> INNE (proszę określić jakie?)..... .....

Zobowiązuję się do przystąpienia do badania przesiewowego – kolonoskopii w znieczuleniu oraz przedkładania ZOZ Sucha Beskidzka wszelkich informacji i dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu.	
Oświadczam, że zostałem poinformowany o przetwarzaniu danych osobowych przez ZOZ Sucha Beskidzka i wykorzystywanie ich wyłącznie do celów związanych z prawidłową realizacją projektu zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO.	
Oświadczam, iż nie korzystam/nie korzystałem(-am) z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.	
Oświadczam, iż jestem osobą w wieku aktywności zawodowej zamieszkałą / pracującą / uczącą się na ( <u>odpowiednie zaznaczyć</u> ) terenie województwa małopolskiego w powiecie: suskim / wadowickim / oświęcimskim ( <u>odpowiednie zaznaczyć</u> ), należąca do grupy docelowej projektu.	
Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, dobrowolnie deklaruję udział w przedmiotowym Projekcie.	
<b>DATA WYPEŁNIENIA FORMULARZA</b>	
<b>CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU</b>	

**Uczestnik projektu zakwalifikowany do projektu ze względów medycznych.**

**PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA KWALIFIKUJĄCEGO**

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

---

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Pro life+ Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób z terenu powiatu suskiego, wadowickiego i oświęcimskiego**” nr RPMP.08.06.02-12-0330/20 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa,
2. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014- 2020 na podstawie:
  - 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 ustanawiające 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 uchylające 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;
  - 4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;
3. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt 1 oraz pkt 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „**Pro life+ Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób z terenu powiatu suskiego, wadowickiego i oświęcimskiego**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno- promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (RPO WM);
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Województwem Małopolskim – Wojewódzkim Urzędem Pracy w Krakowie, Plac na Stawach 1, 30-107 Kraków, beneficjentowi realizującemu projekt – Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej, ul.: Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka ,oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego<sup>1</sup> , Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również

---

<sup>1</sup> Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014-2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju.



- powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
5. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później;
  6. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
  7. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, zgodnie z art. 15, 16-18 RODO;
  8. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
  9. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
  10. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane;
  11. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
    - a) wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych Osobowych UMWM<sup>2</sup> lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;
    - b) wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 2, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych Osobowych MliR<sup>3</sup>;
    - c) działającym w ramach Instytucji Pośredniczącej, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych WUP<sup>4</sup> lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych WUP, Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, plac Na Stawach 1, 30-107 Kraków;

<b>MIEJSCOWOŚĆ I DATA</b>	
<b>CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU</b>	

<sup>2</sup> iodo@umwm.malopolska.pl

<sup>3</sup> iod@miir.gov.pl

<sup>4</sup> ochronadanych@wup-krakow.pl