

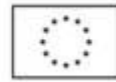


Formularz rekrutacyjny

Lp.	Nazwa projektu
1	Tytuł projektu: „Smak zdrowia-wdrażanie wczesnego wykrywania i leczenia otyłości wśród dzieci”
2	Nr projektu: RPMA.09.02.02-14-b241/18
3	Lider projektu: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu
4	Partner projektu: Fundacja ProEdoo z siedzibą w Ciechanowie, ul. Plac Kościuszki 11
5	Oś priorytetowa IX „Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem”
6	Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej
7	Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Dane uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS

	Lp.	Data Nazwa
Dane uczestnika	Imię	
	Nazwisko	
	Płeć	
	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
	Klasa	
	Adres placówki oświatowej, do której uczęszcza uczestnik	
	PESEL	
Dane kontaktowe Rodzica/Opiekuna Prawnego	Imię	
	Nazwisko	
	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Gmina	
	Obszar (miejski /wiejski)	
	Kod pocztowy	
	Województwo	
	Powiat	
	Telefon	
Dane dodatkowe dotyczące	Przynależność do mniejszości	<input type="checkbox"/> Tak



uczestnika projektu	narodowej/etnicznej, imigrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	Nie
	Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	Tak
		<input type="checkbox"/>	Nie
	Osoba o niskim statusie materialnym	<input type="checkbox"/>	Tak
<input type="checkbox"/>		Nie	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/>	Tak	
	<input type="checkbox"/>	Nie	
<p>Dodatkowe potrzeby organizacyjne wynikające z niepełnosprawności, np., transport dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową, obsługa tłumacza języka migowego, opieka. Proszę o wskazanie potrzeb:</p>			

OŚWIADCZENIE

1. Deklaruję chęć udziału, którego jestem rodzicem/opiekunem prawnym w projekcie nr **RPMA.09.02.02-14-b241/18 „Smak zdrowia – wdrażanie wczesnego wykrywania i leczenia otyłości wśród dzieci”** i zobowiązuję się respektować wszystkie zasady uczestnictwa w nim.
 2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami uczestnictwa w projekcie, zawartymi w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”, spełniam warunki kwalifikacji do projektu i akceptuję zasady udziału w nim.
 3. Wyrażam zgodę na upublicznienie wizerunku uczestnika projektu w celach niezbędnych do dokumentacji audiowizualnej oraz w ramach działań związanych z promocją projektu opisanych w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”.
 4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Świadomy/a odpowiedzialności prawnej związanej ze składaniem nieprawdziwych oświadczeń stwierdzam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika projektu

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do naboru i złożeniem formularza rekrutacyjnego do Projektu:” Smak zdrowia – wdrażanie wczesnego wykrywania i leczenia otyłości wśród dzieci” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:

1. Administratorem moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka - uczestnika projektu, jest Marszałek Województwa Mazowieckiego mający swoją siedzibę przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych to e-mail: iod@miir.gov.pl.
3. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. - moje dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020) i będą przetwarzane na podstawie:
 - 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 r.);
 - 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 r.);
 - c) 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 beneficjentem, beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
 - d) 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.);
 - e) Porozumienia w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych w ramach Centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 - 2020 Nr RPPM/12/2015.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika projektu

4. Moje dane osobowe oraz dane osobowe mojego dziecka będącego uczestnikiem projektu, będą przetwarzane wyłącznie w celu naboru i rekrutacji oraz „Smak zdrowia – wdrażanie wczesnego wykrywania i leczenia otyłości wśród dzieci”, w szczególności zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, sprawozdawczości i raportowania w ramach RPO WM 2014-2020, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach RPO WM 2014-2020, współfinansowanego z EFS. Następnie moje dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów.

5. Moje dane osobowe oraz dane osobowe mojego dziecka będącego uczestnikiem projektu, będą powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej -Mazowieckiej Jednostce Wdrażania Programów Unijnych w Warszawie, ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt: Liderowi projektu - Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu, oraz Partnerowi projektu – Fundacja ProEdoo z siedzibą w Ciechanowie, ul. Plac Kościuszki 11; oraz podmiotom, które świadczą usługi na jego rzecz, w związku z realizacją Projektu.

6. Odbiorcą moich danych osobowych i danych osobowych mojego dziecka - uczestnika projektu, będą:

- a) instytucje pośredniczące;
- b) podmioty świadczące usługi na rzecz Zarządu Województwa Mazowieckiego w związku realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, w szczególności podmioty realizujące badania ewaluacyjne;
- c) podmioty świadczące usługi związane z przetwarzaniem danych osobowych (np. dostawcom usług informatycznych). Podmioty te będą przetwarzać dane na podstawie umowy z Instytucją Zarządzającą i tylko zgodnie z jej poleceniami.

7. Moje dane i dane osobowe mojego dziecka - uczestnika projektu, będą przechowywane na czas realizacji Projektu, zgodnie z zachowaniem zasady trwałości, aż do czasu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów projektowych.

8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz danych osobowych mojego dziecka - uczestnika projektu, oraz prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

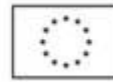
9. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka- uczestnika projektu, narusza przepisy RODO.

10. Podanie moich danych osobowych oraz dane osobowe mojego dziecka będącego uczestnikiem projektu, jest niezbędne do realizacji ustawowych obowiązków IZ RPO WM związanych z procesem aplikowania o środki unijne i budżetu państwa oraz realizacji projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020. Jestem zobowiązany/a do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa w powyższym procesie.

11. Moje dane osobowe i dane osobowe mojego dziecka - uczestnika projektu, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (bez profilowania).

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego uczestnika projektu)



ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział:

.....
*Imię i nazwisko dziecka, **drukowanymi literami***

w programie pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego” i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem prawnym wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,

2. wyżej wymienione dziecko nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze udziału i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”

Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....
*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego (ręką rodzica/opiekuna p. dziecka, **drukowanymi literami, data i podpis**)*

ORYGINAŁ/KOPIA