



ZAŁĄCZNIK NR 3 DO REGULAMINU DDOM KOBIMED

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko, seria i numer dowodu osobistego)

deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „KOBIMED - Dzienny Dom Opieki Medycznej” realizowanym przez Kobimed sp. z o. o w ramach Działania 5.2 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.

Dane uczestniczki/uczestnika:	
1.	Imię
2.	Nazwisko
3.	Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
4.	PESEL
5.	Wykształcenie: (gimnazjalne, niższe niż podstawowe, podstawowe, policealne, ponadgimnazjalne, wyższe)
6.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu
Dane kontaktowe:	
1.	Województwo
2.	Powiat
3.	Gmina
4.	Miejscowość
5.	Ulica
6.	nr budynku
7.	nr lokalu
8.	Kod pocztowy
9.	Telefon kontaktowy
10.	Telefon kontaktowy do rodziny/opiekuna faktycznego
11.	Adres e-mail
Dane dodatkowe:	
1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu*: <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, wykonywany zawód:, zatrudniona w:.....



Projekt "Kobimed Dzienny Dom Opieki Medycznej" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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

Jednocześnie:

1. Oświadczam, iż dane podane w Deklaracji uczestnictwa w projekcie **odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Kobimed sp. z o.o. w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, iż **zostałam/em poinformowana/y że projekt „KOBIMED - Dzienny Dom Opieki Medycznej” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej** w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, iż **wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie Projektu** oraz zobowiązuje się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, iż **zapoznałam/em się z Regulaminem organizacyjnym DDOM Kobimed, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać**.
5. Oświadczam, iż **wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem**, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu do celów promocyjnych tego projektu.
6. Deklaruję iż **spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności** (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie „KOBIMED - Dzienny Dom Opieki Medycznej”.
7. Deklaruję, iż **wraz ze mną ze wsparcia projektowego korzystać będzie:** Pani/Pan:
 będąca/będący
 dla mnie członkiem rodziny/opiekunem faktycznym.

Powyższe potwierdzam własnoręcznym podpisem * :

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika Projektu

.....
czytelny podpis członka rodziny/opiekuna faktycznego



Projekt "Kobimed Dzienny Dom Opieki Medycznej" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU
DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**KOBIMED - Dzienny Dom Opieki Medycznej**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy Plac Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.

2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135.) – 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),

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146, 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,

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 „KOBIMED - Dzienny Dom Opieki Medycznej”, 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 – **Skarb Państwa – Minister Zdrowia, 00-952 Warszawa ,ul. Miodowa 15**, beneficjentowi realizującemu projekt – KOBIMED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu -

..... (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek 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. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Powyższe potwierdzam własnoręcznym podpisem * :

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika Projektu

.....
czytelny podpis
członka rodziny/opiekuna
faktycznego