**Formularz zgłoszeniowy do projektu „EMC przychodnie POZ przyjazne Seniorom”**

**PACJENT POZ**

Ja ……………………………............................................…………………………………………………………………………………   
niżej podpisany wyrażam zgodę oraz deklaruję chęć udziału w Projekcie „EMC przychodnie POZ przyjazne Seniorom” i oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie, , tj. jestem pacjentem placówki POZ.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** | |
| Nazwisko |  |
| Imię (Imiona) |  |
| Płeć (K/M) |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo) |  |
| PESEL |  |
| **DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA** | |
| Województwo |  |
| Kod pocztowy, Miejscowość |  |
| Obszar | Obszar miejski  Obszar wiejski |
| Powiat |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA (Proszę zaznaczyć właściwe przez wstawienie znak X)** | |
| **Wykształcenie** | Niższe niż podstawowe  Podstawowe  Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne  Policealne  Wyższe |
| **Inne** | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy:  tak ( w tym osoba długotrwale bezrobotna)  nie  Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy:  tak (  w tym osoba długotrwale bezrobotna)  nie  Osoba bierna zawodowo:  tak (w tym:  osoba ucząca lub kształcąca się  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  inne)  nie  Osoba pracująca  nie  tak, w tym:  rolnik  osoba samozatrudniona (prowadząca działalność na własny rachunek)  osoba zatrudniona w administracji samorządowej  osoba zatrudniona w administracji rządowej  osoba zatrudniona w organizacji pozarządowej  osoba zatrudniona w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (2-49 pracowników)  osoba zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie (50-249 pracowników)  inne, jakie? …………………………………………………………………………  Wykonywany zawód, w tym:  rolnik  instruktor praktycznej nauki zawodu  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  nauczyciel kształcenia ogólnego  nauczyciel kształcenia zawodowego  nauczyciel wychowania przedszkolnego  pracownik instytucji rynku pracy  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  inny  zatrudniony w  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  (nazwa instytucji)  Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia tak  nie  odmowa podania informacji  Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań tak  nie  Osoba z niepełnosprawnościami  tak  nie  odmowa podania informacji  Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej tak  nie  odmowa podania informacji |

**OŚWIADCZENIE**

**Ja niżej podpisany/a** ............................................................................................................................   
 (imię i nazwisko)

**pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**

* Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi realizacji projektu i akceptuję je (Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego)
* Oświadczam, że zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
* Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
* Oświadczam, że zakres wsparcia w projekcie nie powiela wparcia otrzymywanego przeze mnie z innych źródeł.
* Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………. | ……………………………………………………………. |
| *(data)* | *(czytelny podpis)* |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **EMC przychodnie POZ przyjazne Seniorom** 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 pl. 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 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 na podstawie:
   1. w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
3. 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.),
4. 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),
5. 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.);
   1. w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
6. 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,
7. 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,
8. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
9. 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).
10. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **EMC przychodnie POZ przyjazne Seniorom**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER).
11. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu projekt

EMC Silesia sp. z o.o.

1. 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 PO WER.
2. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
3. 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.
4. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………………… | ..……………………………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)\** |

**Deklaracja udziału w projekcie**

Ja ……………………………............................................…..niżej podpisany wyrażam zgodę oraz deklaruję chęć udziału w Projekcie „EMC przychodnie POZ przyjazne Seniorom” i oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie, , tj. jestem pacjentem placówki POZ.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………………… | ..……………………………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |

**Potwierdzenie udziału w wydarzeniu informacyjno-edukacyjnym**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATA | LOKALIZACJA | DATA | LOKALIZACJA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Treści edukacyjne | [ ] Wstępna ocena geriatryczna ECOG POZ  [ ] Profilaktyka upadków  [ ] Diagnostyka zaburzeń pamięci, rehabilitacja neuropsychologiczna  [ ] Urazy, rehabilitacja  [ ] Inne, jakie? ………………………………………… | | |
| Treści informacyjne | [ ] Przychodnia POZ przyjazna Seniorom – jak wypełnić ankietę satysfakcji on-line  [ ] e-Recepty  [ ] Standardy obsługi pacjenta 60+ w POZ Grupy EMC  [ ] Serwie www.senior.emc-sa.pl | | |
| Przekazane materiały | [ ] PROFILAKTYKA, DIAGNOSTYKA, LECZENIE, REHABILITACJA DLA OSÓB STARSZYCH Poradnik dla pacjenta POZ  [ ] Karta informacyjna ECOG POZ | | |
| Data |  | | |
| Czytelny podpis uczestnika |  | Czytelny podpis edukatora |  |

1. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-1)