



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Priorytet V. - Wsparcie dla obszaru zdrowia**

**Działanie 5.4. - Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych**

*„Podniesienie kompetencji zawodowych w zakresie chorób układu krążenia ratowników medycznych zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia”*

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Data wpływu wniosku:</b> |  |
| <b>Numer zgłoszenia</b>     |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do udziału w projekcie „Podniesienie kompetencji zawodowych w zakresie chorób układu krążenia ratowników medycznych zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia” nr POWR.05.04.00-00-0108/16

**CYKL** .....

*cykl / termin szkolenia (dd.mm.rr-dd.mm.rr.)*

| <b>Dane podstawowe</b>    |   |
|---------------------------|---|
| <b>Imię i nazwisko</b>    |   |
| <b>PESEL</b>              |   |
| <b>Płeć</b>               |   |
| <b>Data urodzenia</b>     |   |
| <b>Miejsce urodzenia</b>  |   |
| <b>Wykształcenie</b>      | <input type="checkbox"/> <b>policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym szkoły policealnej)<br><input type="checkbox"/> <b>wyższe licencjackie</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich)<br><input type="checkbox"/> <b>wyższe magisterskie</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich)<br><input type="checkbox"/> <b>wyższe doktoranckie</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich) |
| <b>Adres zamieszkania</b> |   |
| <b>Województwo</b>        |   |
| <b>Powiat</b>             |   |



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

|  |   |
|--|---|
| <b>Gmina</b>   |   |
| <b>Miejscowość</b>   |   |
| <b>Ulica</b>   |   |
| <b>Nr budynku</b>  |   |
| <b>Nr lokalu</b>   |   |
| <b>Kod pocztowy</b>  |   |
| <b>Adres korespondencyjny - jeżeli jest inny niż adres zamieszkania</b>                                  |   |
| <b>Województwo</b>   |   |
| <b>Powiat</b>  |   |
| <b>Gmina</b>   |   |
| <b>Miejscowość</b>   |   |
| <b>Ulica</b>   |   |
| <b>Nr budynku</b>  |   |
| <b>Nr lokalu</b>   |   |
| <b>Kod pocztowy</b>  |   |
| <b>Dane kontaktowe</b>   |   |
| <b>Telefon</b>   |   |
| <b>Adres e-mail</b>  |   |
| <b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>                                     |   |
| <b>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia</b> | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Jestem osobą z niepełnosprawnościami</b>  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <b>Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących (Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje)</b> | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</b>                    | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Żyję w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b>           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b>                       | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

Oświadczam, że jestem zatrudniony/zatrudniona na podstawie umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej<sup>1</sup> w podmiocie leczniczym posiadającym kontrakt z OW NFZ, tj.

.....  
*(pełna nazwa podmiotu leczniczego)*  
.....

.....  
i wykonuję czynności zawodowe ratownika medycznego.

.....  
*(data i czytelny podpis)*

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## ZGODA NA UMIESZCZENIE NA LIŚCIE REZERWOWEJ

Czy Pani/Pan, w przypadku niezakwalifikowania się z powodu braku miejsc do uczestnictwa w wybranym terminie kursu, wyraża zgodę na umieszczenie na liście rezerwowej?

TAK

NIE

.....  
(data i czytelny podpis)

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

**Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że:**

1. Zgłaszam z własnej inicjatywy chęć uczestnictwa w projekcie "Podniesienie kompetencji zawodowych w zakresie chorób układu krążenia ratowników medycznych zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia"; nr: POWR.05.04.00-00-0108/16.
2. Zostałam/em poinformowana/ny, iż Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie: "Podniesienie kompetencji zawodowych w zakresie chorób układu krążenia ratowników medycznych zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia"; nr: POWR.05.04.00-00-0108/16 i akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
4. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w tym Projekcie, zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
5. Deklaruję uczestnictwo w całym szkoleniu, równocześnie oświadczam, że w razie rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie zobowiązuję się do zwrotu całego kosztu szkolenia przypadającego na jednego uczestnika wg wyliczenia wynikającego z zatwierzonego projektu tj. 2 031,26 zł.
6. Zobowiązuję się do powiadomienia Biuro projektu z siedzibą przy ul. 34-600 Limanowa, z 5 dniowym wyprzedzeniem o konieczności zrezygnowania z udziału w Projekcie.
7. Zostałam pouczone/ny o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń i oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....  
(data i czytelny podpis)

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych w zakresie chorób układu krążenia ratowników medycznych zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia” 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 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) – 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,



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- 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 „Podniesienie kompetencji zawodowych w zakresie chorób układu krążenia ratowników medycznych zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia”, 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 - Ministerstwu Zdrowia Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Piotr Wyrwa Centrum Szkoleń Ratowniczych, ul. ks. Kazimierza Łazarskiego 5, 34-600 Limanowa, partnerowi projektu Maciej Liszka LINMED, ul. Wojska Polskiego 1, 34-600 Limanowa 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 prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
(miejsowość i data )

.....  
(czytelny podpis uczestnika projektu)