

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU

„Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie Miasto Białystok”

Dane dziecka ubiegającego się o udział w projekcie:

Lp.	Dane personalne	
1	Nazwisko	
2	Imię	
3	Data i miejsce urodzenia	
4	Płeć (proszę zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5	PESEL	
6	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
7	Adres zamieszkania	
8	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica, nr domu i lokalu	
	Obszar wiejski	
	Obszar miejski	
9	Dane kontaktowe rodzica/opiekuna dziecka	
	Nr telefonu komórkowego	
	Nr telefonu domowego	
	Adres poczty elektronicznej e-mail:	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym wrażliwych i danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu „Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie Miasto Białystok” realizowanego przez NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej Krzysztof Szarejko (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).”

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie Miasto Białystok”

Ja, niżej podpisany (a),

(Imię i Nazwisko)

zam.PESEL

telefon kontaktowy.....

dobrowolnie wyrażam wolę uczestnictwa mojego dziecka w projekcie pt. „Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie Miasto Białystok” POZIOM I Edukacja i POZIOM II Leczenie i Rehabilitacja realizowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej VII: Poprawa spójności społecznej, Działanie 7.2 Rozwój usług społecznych, Poddziałanie 7.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, nr projektu RPPD.07.02.01-20-0030/18, umowa nr UDA-RPPD.07.02.01-20-0030/18-00.

DANE DZIECKA

Imię i Nazwisko

PESEL Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

- a) Oświadczam, że moje dziecko zamieszkuje teren powiatu Miasto Białystok,
- b) Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie „Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie Miasto Białystok”,
- c) Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie Miasto Białystok” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
- d) Deklaruję, że dziecko będzie systematycznie uczęszczało na zajęcia;
- e) Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki,
- f) Uprzedzony/a o odpowiedzialności z art. 233 & 1 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w Formularzu rekrutacyjnym/Deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają faktycznemu i są zgodne z prawdą,
- g) Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. Zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka dla celów związanych z procedurą rekrutacji i realizacją projektu „Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie Miasto Białystok”, a moje dane mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020,
- h) Zobowiązuje się do uczestnictwa w monitoringu i ewaluacji projektu, w szczególności do wypełnienia niezbędnych ankiet i formularzy,
- i) Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści danych swoich i mojego dziecka i ich poprawiania.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

do projektu „Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie Miasto Białystok” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do czynności przetwarzania/procesów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 jest Województwo Podlaskie reprezentowane przez Marszałka oraz Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl). Natomiast w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych administratorem jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, tel.: +48 (22) 25 00 130, e-mail: kancelaria@miir.gov.pl);
2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych (e-mail: iod@miir.gov.pl i iod@wrotapodlasia.pl);
3. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów ustawy wdrożeniowej – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
4. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (RPOWP 2014-2020),

5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej/Instytucji Pośredniczącej – Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego Departament Europejskiego Funduszu Społecznego (nazwa i adres właściwej IZ/IP), beneficjentowi realizującemu projekt - NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej Krzysztof Szarejko, I. Warszawska 79, 15-201 Białystok (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPOWP na lata 2014-2020;
6. podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt 4, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
7. kategoriami odbiorców danych są: Instytucje pośredniczące we wdrażaniu RPOWP na lata 2014-2020 oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi oraz podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji;
8. moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji RPOWP 2014-2020 oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
9. mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
10. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
11. moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
12. po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka