

Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU  
„Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych  
w powiecie wysokomazowieckim”**

*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 wysokomazowieckim” realizowanego przez NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej Krzysztof Szarejko (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych).”

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

### DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

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

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 wysokomazowieckim” 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.07.02.01-20-0072/19, umowa nr UDA-RPPD.07.02.01-20-0072/19-00.**

#### **DANE DZIECKA**

Imię i Nazwisko .....

PESEL ..... Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

- a) Oświadczam, że moje dziecko zamieszkuje teren powiatu wysokomazowieckiego,
- b) Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie „Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie wysokomazowieckim”,
- c) Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie wysokomazowieckim” 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) Zobowiązuje się do uczestnictwa w monitoringu i ewaluacji projektu, w szczególności do wypełnienia niezbędnych ankiet i formularzy,
- h) Zostałem/am poinformowany o prawie dostępu do treści danych swoich i mojego dziecka i ich poprawiania.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

Załącznik nr 3 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

**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 wysokomazowieckim” 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](mailto:kancelaria@miir.gov.pl));
2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych (e-mail: [iod@mfipr.gov.pl](mailto:iod@mfipr.gov.pl) i [iod@wrotapodlasia.pl](mailto:iod@wrotapodlasia.pl));
3. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący 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;
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 – Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego Departament Europejskiego Funduszu Społecznego (nazwa i adres właściwej IZ), 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.

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka*