

Załącznik nr 1

do regulaminu

***„Centrum Symulacji Medycznych kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile”***

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU/STAŻU**

|  |
| --- |
| Dot. ogłoszenia o naborze nr **8** z dnia **7 września 2018r.**na **szkolenie *pn. „Symulacja medyczna na kierunku Pielęgniarstwo dla nauczycieli planujących wykorzystanie symulacji medycznej”* dla nauczycieli prowadzących zajęcia ćwiczeniowe, praktyczne w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile.** |
| 1. | Imię i nazwisko |  |
| 2. | Data urodzenia |  |
| 3. | Miejsce urodzenia |  |
| 4 | Adres zamieszkania |  |
| 5. | Wykształcenie  |  |
| 6 | Doświadczenie |  |
| 7. | Telefon |  |
| 8 | E-mail |  |

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu.

 ……………………………..

 podpis

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych do celów szkoleniowych w w/w placówce.

 ………………….………..…

 Podpis



Załącznik nr 2

do regulaminu

***„Centrum Symulacji Medycznych kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile”***

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. ***„Centrum Symulacji Medycznych kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile”*** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – 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”:
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, z późn. zm.),
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
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 pn. ***„Centrum Symulacji Medycznych kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile”***, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
11. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwu Zdrowia,00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15 (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt - Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile, ul. Podchorążych 10, 64-920 Piła (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Europejskie Centrum Doradztwa Sp. z o.o. , 20-554 Lublin, ul. Ułanów 7 (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
12. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
13. 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.
14. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
15. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie[[1]](#footnote-1):
	1. 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,
	2. 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,
	3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
	4. ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).
16. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
17. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
18. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
19. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty: iod@pwsz.pila.pl (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
20. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
21. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[2]](#footnote-2)\** |
|  |  |



Załącznik nr 3

do regulaminu

***„Centrum Symulacji Medycznych kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile”***

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Nauczany przedmiot |  |
| PESEL: |  |
| Brak PESEL: |  TAK NIE |
| Płeć: |  KOBIETA MĘŻCZYZNA |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu: |  |
| Wykształcenie: |  niższe niż podstawowe (ISCED 0) podstawowe (ISCED 1) gimnazjalne (ISCED 2) ponadgimnazjalne (ISCED 3)  policealne (ISCED 4)  wyższe (ISCED 5-8) |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr budynku: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Status osoby na rynku pracyw chwili przystąpienia do projektu: |  osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy osoba bierna zawodowo[[3]](#footnote-3) osoba pracująca |
| \*Wykonywany zawód ( wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji osoba pracująca) |  inne  ne • osoba pracująca w administracji rządowej • osoba pracująca w administracji samorządowej • osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie • osoba pracująca w MMŚP • osoba pracująca w organizacji pozarządowej • osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba pracująca w administracji rządowej  ne • osoba pracująca w administracji rządowej • osoba pracująca w administracji samorządowej • osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie • osoba pracująca w MMŚP • osoba pracująca w organizacji pozarządowej • osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba pracująca w administracji samorządowej  ne • osoba pracująca w administracji rządowej • osoba pracująca w administracji samorządowej • osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie • osoba pracująca w MMŚP • osoba pracująca w organizacji pozarządowej • osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  ne • osoba pracująca w administracji rządowej • osoba pracująca w administracji samorządowej • osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie • osoba pracująca w MMŚP • osoba pracująca w organizacji pozarządowej • osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba pracująca w MMŚP  ne • osoba pracująca w administracji rządowej • osoba pracująca w administracji samorządowej • osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie • osoba pracująca w MMŚP • osoba pracująca w organizacji pozarządowej • osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba pracująca w organizacji pozarządowej  ne • osoba pracująca w administracji rządowej • osoba pracująca w administracji samorządowej • osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie • osoba pracująca w MMŚP • osoba pracująca w organizacji pozarządowej • osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba prowadząca działalność na własny rachunek ne • osoba pracująca w administracji rządowej • osoba pracująca w administracji samorządowej • osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie • osoba pracująca w MMŚP • osoba pracująca w organizacji pozarządowej • osoba prowadząca działalność na własny rachunek |
|  Nazwa zakładu pracy (wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji osoba pracująca) |  |  |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |   |  nne • osoba pracująca w administracji rządowej • osoba pracująca w administracji samorządowej • osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie • osoba pracująca w MMŚP • osoba pracująca w organizacji pozarządowej • osoba prowadząca działalność na własny rachunek TAK NIE ODMAWIAM PODANIA DANYCH |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami |   |  TAK NIE ODMAWIAM PODANIA DANYCH  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |  TAK NIE |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |  TAK NIE |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu |  TAK NIE |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) |   |  TAK NIEODMAWIAM PODANIA DANYCH |

……………………………………………… …….…………………………………

 (miejscowość i data) (czytelny podpis)

**Oświadczam, że:**

*- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją i selekcją;*

*- zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

……………………………………………… …….…………………………………

 (miejscowość i data) (czytelny podpis)



Załącznik nr 4

do regulaminu

***„Centrum Symulacji Medycznych kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile”***

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

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

deklaruję udział w projekcie pn. *„****Centrum Symulacji Medycznych kierunku Pielęgniarstwo
w PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile”.***

realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój Oś V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.
Jednocześnie oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji w ramach projektu. „Centrum Symulacji Medycznych kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile” , akceptacją jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zawartych w nim zasad.

- spełniam kryteria kwalifikowalności określone dla projektu,

- wyrażam chęć wzięcia udziału w projekcie pn. „Centrum Symulacji Medycznych kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile”

-zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Centrum Symulacji Medycznych kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile” jest dofinansowany z Funduszy Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

- zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej),

- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją i selekcją (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

- zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych
z prawdą.

- w przypadku niestawienia się, z powodu udokumentowanych zdarzeń losowych lub choroby (zwolnienie lekarskie), w wyznaczonym terminie szkolenia zobowiązuję się uczestniczyć w szkoleniu w innym terminie, o którym PWSZ w Pile poinformuje mnie z 3-dniowym wyprzedzeniem
i sfinansować we własnym zakresie koszty transportu, noclegu i wyżywienia.

 …………………………………… ………………………………

 (miejscowość i data) (czytelny podpis

1. Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-2)
3. To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych. [↑](#footnote-ref-3)