



Fundusze Europejskie
Program Regionalny

MAZOWSZE.
serce Polski

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



FORMULARZ REKRUTACYJNY

DO PROJEKTU RPMA.09.02.02.-14-b178/18

O NAZWIE „ZDROWY FUNDAMENT MŁODOŚCI”

Lider Projektu: Przychodnia Rodzinna Beata Obernikowicz, Brudzeń Duży 09-414,
ul. Miła 8

OŚ PRIORYTETOWA IX „Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem

Działanie 9.2. Usługi Społeczne i usługi opieki zdrowotnej

Poddziałanie 9.2.2. Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Dane uczestnika, który otrzymuje wsparcie w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego:

Dane uczestnika	Imię	
	Nazwisko	
	Płeć	
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	Klasa	
	Adres placówki oświatowej, do której uczęszcza uczestnik	
	Numer PESEL	
Dane kontaktowe rodzica / opiekuna prawnego	Imię	
	Nazwisko	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Numer domu	
	Numer lokalu	
	Kod pocztowy	
	Obszar (miejski/wiejski)	
	Powiat	
	Województwo	
	Numer telefonu	
Adres e-mail		



Dane dodatkowe dotyczące uczestnika projektu	Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej, imigrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Osoba o niskim statusie materialnym	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

OŚWIADCZENIE

1. Deklaruję chęć udziału dziecka:

.....

którego jestem rodzicem/opiekunem prawnym w projekcie RPMA.09.02.02.-14-b178/18 pod nazwą Zdrowy Fundament Młodości i zobowiązuję się respektować wszystkie zasady uczestnictwa w nim.

2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami uczestnictwa w projekcie , zawartymi w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”, spełniam warunki kwalifikacji do projektu i akceptuję zasady udziału w nim.
3. Wyrażam zgodę na upublicznienie wizerunku mojego dziecka/uczestnika projektu/ w celach niezbędnych do dokumentacji audiowizualnej oraz w ramach działań związanych z promocją projektu opisanych w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”.
4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Świadoma/y odpowiedzialności prawnej związanej ze składaniem nieprawdziwych oświadczeń stwierdzam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika projektu)



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. oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - 1) Zarząd Województwa Mazowieckiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, będący Instytucją Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;
 - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1431, 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. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające 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. ustanawiające 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;
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - (nazwa i adres właściwej IP), Beneficjentowi realizującemu Projekt - (nazwa i adres Beneficjenta) 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 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
6. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w sprawie indywidualnej.

9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@mazovia.pl.
11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Mam prawo żądać dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika Projektu*

*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna

**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE
ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA WŚRÓD DZIECI Z
WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO**

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział:

Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

w programie pt.: „Zdrowy fundament młodość”

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,
2. wyżej wymienione dziecko nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze udziału i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „ Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej”

Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (ręką rodzica / opiekuna dziecka, drukowanymi literami) data i podpis

ORYGINAŁ/KOPIA