



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
w ramach projektu „*Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnokomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim*”

DANE OSOBOWE KANDYDATA			
Imię (imiona) i nazwisko:			
Obywatelstwo:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL:			
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Gmina:		Powiat:	
Województwo:			
KONTAKT			
Telefon stacjonarny:		Telefon komórkowy:	
Adres e-mail:			
WYKSZTAŁCENIE			
Wykształcenie:			
ZATRUDNIENIE			
Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa):			
Zajmowane stanowisko/ wykonywany zawód:			
STATUT NA RYNKU PRACY			
Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba pracująca:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo, w tym:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba ucząca się		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba nie uczestnicząca w kształceniu		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba nie uczestnicząca w szkoleniu		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
INNE DANE			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Brak doświadczenia zawodowego:	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
<b><u>DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych</li> <li>- Deklaracja udziału w projekcie</li> <li>- Ankieta kwalifikującą do badań</li> <li>- Oświadczenie o świadczeniu medycznym</li> <li>- Karta Pacjenta</li> </ul>		
<b>Nazwa wsparcia:</b>	<i>Proszę podać nazwę wsparcia</i>		
	<input type="checkbox"/> <b>Badanie w POZ (placówka Podstawowej Opieki Zdrowotnej)</b> <input type="checkbox"/> <b>Konsultacja edukacyjna/ świadomościowa</b> <input type="checkbox"/> <b>Badanie dermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty</b> <input type="checkbox"/> <b>Badanie wideodermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty</b>		
<b><u>OŚWIADCZENIA</u></b>			
<p>Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjności uprawniające do udziału w Projekcie.</p> <p>Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Warszawski Uniwersytet Medyczny w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.</p>			
..... Miejscowość i data		..... Podpis wnioskodawcy	



## DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Nr...../FS218/2022

Ja, niżej podpisany(a),

.....  
(Imię i nazwisko uczestnika projektu)

zam.....  
(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer mieszkania, kod)

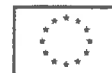
Nr PESEL uczestnika: .....

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie pn. *„Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnokomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim”*, (nr: POWR.05.01.00-00-0001/18), współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie.

- wsparcie:  konsultacja lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
 konsultacja świadomościowa

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
PODPIS 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. **„Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnkomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim”** 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”:
    - 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, z późn. zm.),
    - 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. 1460, 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,
    - 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
    - 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 **„Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnkomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim”**, 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 – **Ministerstwo Zdrowia**, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - **Warszawski Uniwersytet Medyczny**, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. 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.

5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. 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.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. 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<sup>1</sup>:

- 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.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - **Ministerstwo Zdrowia**, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - **Warszawski Uniwersytet Medyczny**, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. 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.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub adres poczty [iod@wum.edu.pl](mailto:iod@wum.edu.pl) (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\***

<sup>1</sup> 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.

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



Projekt pn. „Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnokomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim”.  
nr POWR.05.01.00-00-0001/1 współfinansowany  
ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego

### ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

<b>Imię:</b>	<b>Adres (ulica, kod, miejscowość):</b>
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>e-mail:</b>	<b>Telefon:</b>

Odpowiednie zaznaczyć znakiem „X”

<b>OŚWIADCZAM, ŻE</b>	
	Mieszkam w województwie: <input type="checkbox"/> łódzkim <input type="checkbox"/> mazowieckim
	Jestem osobą w wieku 50- 64 lata
	Jestem osobą w wieku 15- 49 lat, która ma dużą liczbę znamion lub jest w grupie ryzyka (m.in. nowotwory skóry u bliskich, jasna karnacja, rude włosy, niebieskie lub zielone oczy, wiele piegów, uszkodzenia skóry spowodowane poparzeniami słonecznymi lub radioterapią, obniżona odporność).
	Jestem osobą w wieku powyżej 64 roku i jestem aktywny/aktywna zawodowo
	Mam zdiagnozowany nowotwór skóry

- **Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.**
- **W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie, deklaruję swój udział.**

.....  
Data i Podpis pacjenta



**Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym**

Beneficjent: Warszawski Uniwersytet Medyczny

Tytuł projektu: „*Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnokomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim*”

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	<input type="checkbox"/> Konsultacja świadomościowa <input type="checkbox"/> Konsultacja lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
<b>Podpis uczestnika projektu</b>	
<b>Te część wypełnia lekarz:</b>	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	<p>Centrum Medyczne          Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego          Spółka z o.o.          02-097 Warszawa, ul. Nielubowicza 5          NIP: 526-25-08-021; REGON: 016415800</p>
Adres podmiotu leczniczego	Nielubowicza 5
Województwo	mazowieckie
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza/ edukatora udzielającego świadczenie zdrowotne/ konsultację świadomościową lub wykonującego badania diagnostyczne	
Kieruję do dalszej diagnostyki do Poradni Dermatologicznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Podpis i pieczęć lekarza/ edukatora udzielającego świadczenie zdrowotne/ konsultację świadomościową lub wykonującego badania diagnostyczne	

