



**ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE
CHOROÓB KRĘGOSŁUPA WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO**

Ja niżej ja podpisana(y) zgłaszam do programu pn.: „W przyszłość patrzymy i w MWOMP Płock dzieci ćwiczymy”

.....
Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

.....
PESEL

Ucznia klasy..... Szkoły Podstawowej nr

Zamieszkałego.....

1. Czy ww. dziecko korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz czy bierze lub brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego” ? TAK / NIE

2. Czy dziecko ma stwierdzoną wadę postawy? TAK / NIE

3. Czy dziecko ma stwierdzoną niepełnosprawność? TAK / NIE

Jeśli TAK jakie są Pani/Pana potrzeby wynikające z niepełnosprawności dziecka?

.....

.....

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

Tel: Płock 24 262 87 48

o/Warszawa 22 560 00 40

o/Radom 48 330 93 22

Fax: 24 262 88 42

22 560 00 41

48 330 93 23

e-mail: plock@mwomp.pl

warszawa@mwomp.pl

radom@mwomp.pl

NIP: 774-15-46-233

REGON 000301569

KRS 0000139991

ORYGINAŁ/KOPIA

**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE
CHORÓB 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 pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego” i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

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.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”

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

Tel: Płock 24 262 87 48
Fax: 24 262 88 42
e-mail: plock@mwomp.pl

o/Warszawa 22 560 00 40
22 560 00 41
warszawa@mwomp.pl

o/Radom 48 330 93 22
48 330 93 23
radom@mwomp.pl

NIP: 774-15-46-233

REGON 000301569

KRS 0000139991

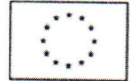
Oświadczenie uczestnika Projektu

(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. **„W przyszłość patrzymy i w MWOMP Płock dzieci ćwiczymy”** 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. 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. 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 przyszłość patrzymy i w MWOMP Płock dzieci ćwiczymy”**, 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 – **Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych, ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa** Beneficjentowi realizującemu Projekt - **Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Płocku, ul. Kolegialna 17, 09-402 Płock** 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.

KLAUZULA INFORMACYJNA ADMINISTRATORA DANYCH

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust.2 Rozporządzenia informuję, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: **Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Płocku, ul. Kolegialna 17, tel. 24 267 84 52, e-mail: plock@mwomp.pl**
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w MWOMP: e-mail: iod@mwomp.pl, tel. 24 267 84 93,
3. Pana/Pani dane będą przetwarzane w celu – udzielania świadczeń leczniczych i orzecznich.
4. Dane będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa – ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
5. Odbiorcą Pana/Pani danych osobowych będą inne podmioty lecznicze, dostawcy IT, kancelarie prawne wykonujące obsługę prawną MWOMP, ZUS, KRUS, Państwowa Inspekcja Sanitarna oraz inne podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres – 20/40 lat od zakończenia leczenia.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo żądania od Administratora Danych dostępu do tych danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych i prawo do przenoszenia danych.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
9. Przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym ~~umownym /warunkiem zawarcia umowy*~~.
11. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do podania danych osobowych a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie – odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego.

p.o. DYREKTOR

A. Wilkamy
.....*Agnieszka Sulikowska*.....

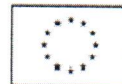
(Podpis Administratora Danych)

OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓREJ DANE SĄ PRZETWARZANE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną Administratora Danych Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Płocku ul. Kolegialna 17.

.....
(podpis osoby, której dane są przetwarzane)





ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA

Płock , data:.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego syna/córkina stronie internetowej MWOMP (facebook, www.mwomp.pl) oraz udostępnienie ich Mazowieckiej Jednostce Wdrażania Programów Unijnych w celu udokumentowania realizacji projektu pn. „**W przyszłość patrzymy i w MWOMP Płock dzieci ćwiczymy**”.

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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