Zaproszenie

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

oraz

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce

mają zaszczyt zaprosić Państwa na wykład

**prof. dr hab. n. med. Sławomira Pancewicza,**

**kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji w Białymstoku.**

Wykład odbędzie się:

4 lipca 2018r., godz. 9.00

w Sali Konferencyjnej SP ZOZ w Hajnówce

ul. Doc. Adama Dowgirda 9, Hajnówka

Temat wykładu:

**„Choroby przenoszone przez kleszcze.”**

*Spotkanie odbędzie się w ramach projektu* ***„Profilaktyka chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego.”****, w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014 – 2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.*

* Podczas spotkania poinformujemy Państwa o możliwości wykonania szczepień przeciw Kleszczowemu Zapaleniu Mózgu, realizowanych w ramach projektu.
* Zgłoszenia na szkolenia przyjmowane są:

- za pomocą e-mail: idudar@spzoz.hajnowka.pl

- telefonicznie: 85 682 90 42

* Każdy z uczestników zobowiązany jest wypełnić deklarację uczestnictwa projektu , którą można pobrać/ załączoną do niniejszego zaproszenia/ lub wypełnić na miejscu podczas szkolenia
* W przypadku dodatkowych pytań prosimy o kontakt z Izydorą Dudar, koordynatorem ds. rekrutacji i szczepień w ramach projektu, tel. 85 682 90 42

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**\*

**nr projektu: WND-RPPD.02.05.00-20-0005/17 pt.:** ***„Profilaktyka chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego”***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Nazwa** |  |
| **Dane uczestnika** | 1 | Imię (imiona) |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Płeć |  |
| 4 | Wiek w chwili przystępowania do projektu (18-64 lata ukończone w roku przystąpienia do projektu)  Data urodzenia |  |
| 5 | PESEL |  |
| 6 | Wykształcenie |  |
| 7 | Zawód wykonywany |  |
| **Dane kontaktowe** *adres kontaktowy (korespondencyjny)* | 8 | Ulica |  |
| 9 | Nr domu |  |
| 10 | Nr lokalu |  |
| 11 | Miejscowość |  |
| 12 | Obszar  *(Należy wskazać czy miejscowość wymieniona w punkcie 11 leży na obszarze miejskim czy obszarze wiejskim)* |  |
| 13 | Kod pocztowy |  |
| 14 | Województwo (podlaskie) |  |
| 15 | Powiat |  |
| 16 | Telefon stacjonarny |  |
| 17 | Telefon komórkowy |  |
| 18 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| **Data rozpoczęcia udziału w projekcie** | 19 | *(należy wpisać datę podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie)* |  |

1. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do monitoringu i ewaluacji ~~programu~~. Projektu.
3. Oświadczam, iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w Projekcie.
4. Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.
5. Oświadczam, iż zapoznałem się z treściąRegulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Profilaktyka chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego”,  
   realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020,Priorytet II Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku- nie wnoszę zastrzeżeń do jego treści i zobowiązuję się go przestrzegać.
6. Oświadczam, że zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

*Podpis uczestnika projektu: Data podpisania deklaracji:*

…………………………………. ……………………………

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. „Profilaktyka chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych (e-mail [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) i [iod@wup.wrotapodlasia.pl](mailto:iod@wup.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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów ustawy wdrożeniowej – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
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~~/Instytucji Pośredniczącej -  Wojewódzki Urząd Pracy, ul. Pogodna 22, 15-001 Białystok, beneficjentowi realizującemu projekt - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce 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 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;
12. po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020[[1]](#footnote-1)\*\*.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …….…………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |

1. \*\* Dotyczy uczestnika projektu. [↑](#footnote-ref-1)