



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



OPOLSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**Trans Medyk i Brzeskie Centrum Medyczne
poprawiają stan zdrowia mieszkańców subregionu
północnego**



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU¹

W związku z przystąpieniem do projektu pn. Trans Medyk i Brzeskie Centrum Medyczne poprawiają stan zdrowia mieszkańców subregionu północnego oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych jest Minister Inwestycji i Rozwoju, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5;
2. administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 jest Marszałek Województwa Opolskiego z siedzibą w Opolu 45-082, ul. Piastowska 14, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego,
3. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a i e 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 (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) oraz art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 na podstawie:

w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020:

- a) art. 54 ust. 2, art. 59 ust. 1, art. 65, art. 74 ust 1 i 3, art. 115, art. 122, art. 125 ust. 2. lit d), oraz art. 125 ust 4 lit a), art. 125 ust 5 i 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 oraz jego załącznikiem XIII (Kryteria desygnacji) - punkt 3.A.iv;
- b) art. 5 oraz art. 19 ust. 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 wraz z załącznikiem I i II do tego rozporządzenia;
- c) art. 9 ust. 2, art. 22, 23, 24 i 26 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1460, z późn. zm.);

W odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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

¹Wzór może być modyfikowany przez Instytucję Zarządzającą poprzez dodanie elementów określonych dla deklaracji uczestnictwa w projekcie, przy czym wymagane jest aby uczestnik złożył odrębne podpisy na deklaracji i oświadczeniu.

- rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu 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 uchylającego Rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) 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;
 - d) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1460, z późn. zm.);
 - 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Trans – Medyk i Brzeskie Centrum Medyczne poprawiają stan zdrowia mieszkańców subregionu północnego”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 (RPO WO);
 - 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Departament Koordynacji Programów Operacyjnych, Ul. Krakowska 38, 45-075 Opole, beneficjentowi realizującemu projekt Piotr Majchrzyk TRANS-MEDYK RATOWNICTWO, ul. Oleska 11a, 46-023 Osowiec oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu -Brzeskie Centrum Medyczne, ul. Mossora 1, 49-300 Brzeg. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym badanie ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej lub innego podmiotu który zawarł porozumienie z Powierzającym lub Instytucją Zarządzającą na realizację ewaluacji. Moje dane osobowe mogą zostać również udostępnione specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego lub Instytucji Zarządzającej kontrole w ramach RPO WO;
 - 6) dane osobowe będą przechowywane przez okres ustalony na podstawie przyjętego w Instytucji Zarządzającej Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt i wskazanych w nim kategorii archiwalnych spraw.
 - 7) podanie danych jest wymogiem ustawowym, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
 - 8) 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;
 - 9) w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia działalności gospodarczej przekażę informację o liczbie utworzonych miejscach pracy.
 - 10) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Dodatkowo informuje się o przysługujących prawach w zakresie przetwarzania danych osobowych na podstawie 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 (Dz. U. UE. L. 2016.119.1):

¹ W przypadku oświadczenia osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych
- żądania od administratora dostępu do danych osobowych w zakresie danych dotyczących składającego niniejsze oświadczenie w tym ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania
- prawie wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych
- prawie do przeniesienia danych osobowych.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA LUB
PRAWNEGO OPIEKUNA*



ZGODA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA NA WYKONANIE BADANIA U DZIECKA¹

Ja niżej podpisany, wyrażam/nie wyrażam zgodę/y na badanie masy ciała, wzrostu oraz obwodu talii u mojego dziecka, w związku z realizacją projektu pn. *Trans Medyk i Brzeskie Centrum Medyczne poprawiają stan zdrowia mieszkańców subregionu północnego.*

.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(klasa/grupa)

.....

(podpis Rodzica/Prawnego Opiekuna²)

¹ niewłaściwe skreślić

² j.w.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



OPOLSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



NAZWISKO, IMIĘ.....

DATA URODZENIA

ADRES Ulica, Miejscowość

GMINA

TELEFON KONTAKTOWY.....

WIEK

WAGA w kg

WZROST w cm

OBWÓD TALII.....

BMI

DANE O RODZINIE

1. Ilość osób wspólnie zamieszkujących (z rodzicami/opiekunami).....

2. Ilość osób pracujących we wspólnym gospodarstwie domowym

3. Choroby przewlekłe uczestnika.....

a) Od kiedy leczony (podać rok).....

b) Zażywane leki

.....

.....

4. Choroby przewlekłe rodziców: (cukrzyca, otyłość, nadciśnienie, choroby tarczycy)

Inne.....

NAWYKI ŻYWIENIOWE

1. Ilość posiłków spożywanych codziennie
2. Ile razy dziennie zjadasz warzywa, owoce
3. Ile razy zjadasz posiłki w rodzaju

Hamburgery, pizza, frytki		Batoniki i inne słodczyce	
Raz w tygodniu		Raz w tygodniu	
Raz w miesiącu		Raz w miesiącu	
częściej		częściej	
rzadziej		rzadziej	
wcale		wcale	

Ile napojów typu cola, napoje energetyczne i inne kolorowe gazowane spożywasz tygodniowo Litr

- e. Jakie spożywasz inne napoje

.....

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

- a. Ile razy w tygodniu uprawiasz jakąkolwiek aktywność fizyczną

.....

- b. Jaki to rodzaj aktywności (podkreśl właściwą odpowiedź):

spacer, biegi, rower, kijki Nordic walking, pływalnia, siłownia, wspinaczka, ćwiczenia gimnastyczne, sztuki walki (judo, karate) inne, jakie

.....

Ile godzin tygodniowo poświęcasz na aktywność fizyczną.....

.....

data

.....

podpis uczestnika ankiety



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



OPOLSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



KARTA BADANIA

(WYPEŁNIA LEKARZ KWALIFIKUJĄCY DO PROJEKTU)

IMIĘ, NAZWISKO

DATA URODZENIA

ADRES

GMINA

Tel. KONTAKTOWY

WAGA w kg WZROST w cm

OBWÓD W TALII w cmBMI

POZIOM GLUKOZY we krwi żyłnej na czczo

KWALIFIKACJA DO II ETAPU TAK NIE¹

.....
PODPIS LEKARZA KWALIFIKUJĄCEGO

**PODPIS I PIECZĘĆ
WYKONUJĄCEGO
BADANIE**

**ANKIETĘ WYPEŁNIAMY BEZ KARTY BADANIA.
WYPEŁNIONĄ MOŻNA PRZESŁAĆ LISTEM
POLECONYM NA ADRES LIDERA PROJEKTU:
TRANS- MEDYK RATOWNICTWO
UL.GŁOGOWSKA 37
45-315 OPOLE**

¹ niewłaściwe skreślić