

KWESTIONARIUSZ KWALIFIKACYJNY

Dotyczy projektu pn.

„Kolonoskopia - zrób to dla siebie” dedykowanego osobom z terenu powiatu proszowickiego i realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 - 2020, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużenia aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne, dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem projektu jest zwiększenie poziomu uczestnictwa osób w wieku aktywności zawodowej z terenu powiatu proszowickiego w programie zdrowotnym profilaktyki raka jelita grubego w latach 2021-2023. Projekt realizowany jest w:

Comarch Healthcare S.A.
Centrum Medyczne iMed24
ul. Życzkowskiego 29, 31-864 Kraków
Informacja i rejestracja telefoniczna: 12 376 31 37
e-mail: kolonoskopia@imed24.pl

KRYTERIA KWALIFIKUJĄCE DO UDZIAŁU:

Grupę docelową projektu stanowią osoby w wieku aktywności zawodowej zamieszkujące/pracujące/uczące się na terenie powiatów objętych projektem, bez objawów klinicznych sugerujących raka jelita grubego w przedziałach wiekowych:

- w wieku 50-65 lat;
- w wieku 40-49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego;
- w wieku 25-49 lat z rodziny z zespołem Lyncha; w tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny z zespołem Lyncha z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. Kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego;
- w wieku 25-49 lat pochodzące z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej – FAP; w tym przypadku konieczne jest potwierdzenie z poradni genetycznej.

Zakwalifikowano ze względów medycznych

.....
(podpis lekarza)

KRYTERIA WYKLUCZAJĄCE Z UDZIAŁU:

- objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego,
- kolonoskopia w ostatnich 10 latach.

1. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:

KRAJ:	
RODZAJ UCZESTNIKA:	
NAZWA INSTYTUCJI:	<i>nie dotyczy</i>
IMIĘ I NAZWISKO:	
PŁEĆ:	<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA
PESEL:	
DATA URODZENIA:	

WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:	
WYKSZTAŁCENIE:	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (ISCED 0) <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (ISCED 1) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (ISCED 2) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (ISCED 4) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8)

2. DANE KONTAKTOWE:	
WOJEWÓDZTWO:	
POWIAT:	
GMINA:	
MIEJSCOWOŚĆ:	
ULICA:	
NUMER BUDYNKU:	
NUMER LOKALU:	
KOD POCZTOWY:	
TELEFON KONTAKTOWY:	
ADRES E-MAIL:	
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE:	
DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE:	
OŚWIADCZAM, ŻE ZAMIESZKUJĘ / PRACUJĘ / UCZĘ SIĘ (odpowiednie skreślić) NA TERENIE POWIATU OBJĘTEGO PROJEKTEM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> powiat proszowicki <input type="checkbox"/> NIE

3. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:	
OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBĄ (proszę zaznaczyć właściwe znakiem X)	
BEZROBOTNĄ NIEZAREJESTROWANĄ <input type="checkbox"/> w ewidencji urzędów pracy <i>Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna.</i>	<i>w tym:</i> <input type="checkbox"/> DŁUGOTRWALE BEZROBOTNĄ (powyżej 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> INNE
BEZROBOTNĄ ZAREJESTROWANĄ <input type="checkbox"/> w ewidencji urzędów pracy <i>Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna</i>	<i>w tym:</i> <input type="checkbox"/> DŁUGOTRWALE BEZROBOTNĄ (powyżej 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> INNE



<p>BIERNĄ ZAWODOWO <input type="checkbox"/></p> <p><i>Osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna - zarejestrowana lub nie w urzędzie pracy)</i></p>	<p>w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA UCZĄCĄ SIĘ</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA NIEUCZESTNICZĄCĄ W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU</p> <p><input type="checkbox"/> INNE</p>
<p>PRACUJĄCĄ <input type="checkbox"/></p>	<p>w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCĄ W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCĄ W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCĄ W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PROWADZĄCĄ DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCĄ W MMŚP (zatrudnienie do 250 osób)</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCĄ W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE (zatrudnienie powyżej 250 osób)</p> <p><input type="checkbox"/> INNE</p>
<p>WYKONYWANY ZAWÓD <i>(dotyczy osób pracujących)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> INSTRUKTOR PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU</p> <p><input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO</p> <p><input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO</p> <p><input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA</p> <p><input type="checkbox"/> KLUCZOWY PRACOWNIK INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI RYNKU PRACY</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SZKOLNICTWA WYŻSZEGO</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK OŚRODKA WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ</p> <p><input type="checkbox"/> PRACOWNIK PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ</p> <p><input type="checkbox"/> ROLNIK</p> <p><input type="checkbox"/> INNY</p>
<p>MIEJSCE ZATRUDNIENIA</p>	

<p>4. DANE DODATKOWE:</p>	
<p>OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBA <i>(proszę zaznaczyć właściwe znakiem X)</i></p>	
<p>NALEŻĄCĄ DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANTEM, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI</p>
<p>BEZDOMNĄ LUB DOTKNIĘTĄ WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>



Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI



5. POTRZEBY UCZESTNIKA PROJEKTU:	
CZY JEST PAN/PANI ZAINTERESOWANY(-A) ZWROTEM KOSZTÓW ZAPEWNIENIA OPIEKI DOMOWEJ DLA OSOBY ZALEZNEJ PODCZAS UCZESTNICTWA W BADANIU PRZESIEWOWYM?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
CZY JEST PAN/PANI ZAINTERESOWANY(-A) ZWROTEM KOSZTÓW DOJAZDU TRANSPORTEM WŁASNYM/KOMUNIKACJĄ MIEJSKĄ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
INNE (proszę określić jakie?)	

6. POZYSKANIE INFORMACJI O PROJEKCIE:	
<input type="checkbox"/> PERSONEL ZOZ W PROSZOWICACH <input type="checkbox"/> PERSONEL POZ/OŚRODKA ZDROWIA <input type="checkbox"/> STRONA INTERNETOWA/MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE	<input type="checkbox"/> PRASA LOKALNA <input type="checkbox"/> ZAKŁAD PRACY <input type="checkbox"/> INNE (proszę określić jakie?).....

DATA WYPEŁNIENIA FORMULARZA	
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU	

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Kolonoskopia – zrób to dla siebie” nr RPMP.08.06.02-12-0325/20 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa,
2. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 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 ustanawiające 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 uchylające 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;
 - 4) 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 w zakresie wskazanym w pkt 1 oraz pkt 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Kolonoskopia - zrób to dla siebie”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (RPO WM);
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy (adres: plac Na Stawach 1, 30-107 Kraków), beneficjentowi realizującemu projekt – Comarch Healthcare S.A. (adres: al. Jana Pawła II 39a, 31-864 Kraków) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego (1), Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
5. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później (2);
6. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
7. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, zgodnie z art. 15, 16-18 RODO;



8. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
9. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
10. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane;
11. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
- a) wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych Osobowych UMWM (3) lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;
- b) wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 2, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych Osobowych MliR (4);
- c) działającym w ramach Instytucji Pośredniczącej, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych WUP (5) lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych WUP, Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, plac Na Stawach 1, 30-107 Kraków.

- (1) - Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014-2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju.
- (2) - Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu (m. in. decyduje tutaj kwestia pomocy publicznej, rozliczania VAT, mechanizmów odzyskiwania, archiwizacji itp.).
- (3) - iodo@umwm.malopolska.pl
- (4) - iod@miir.gov.pl
- (5) - ochronadanych@wup-krakow.pl

MIEJSCOWOŚĆ I DATA	
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU	