



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI DO PROJEKTU
„RAK NA WSPAK – wsparcie profilaktyki w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego
w województwie świętokrzyskim”**

realizowanego przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kielcach wraz z partnerami

Kryteria kwalifikujące do udziału w badaniu*:

- osoba w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego;
- osoba w wieku 40-49 lat, która ma krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego;
- osoba w wieku 25-49 lat, z rodzin w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny HNPCC z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego. Członkowie takiej rodziny powinni mieć powtarzane kolonoskopie co 2–3 lata, chyba że badanie genetyczne wskaże, że u danej osoby nie ma mutacji genetycznych i że dana osoba może być zwolniona z wykonywania kontrolnych (nadzorczych) kolonoskopii;

Kryteria wykluczające z udziału w badaniu:

Objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego / kolonoskopia w ostatnich 10 latach (poza pacjentami z HNPCC).

**warunkiem niezbędnym do zakwalifikowania się do Projektu jest zaznaczenie jednej ze wskazanych opcji*

2.1

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI WSZYSTKIE BIAŁE POLA

I. Dane Uczestnika/Uczestniczki Projektu		
1	Imię (imiona)	
2	Nazwisko	
3	PESEL	
4	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu	
5	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0)
II. Adres zamieszkania/dane kontaktowe		
7	Województwo	
8	Powiat	
9	Gmina	
10	Miejscowość	



11	Ulica	
12	Nr budynku	
13	Nr lokalu	
14	Kod pocztowy	
15	Telefon kontaktowy	
16	Adres e-mail	
MIEJSCE PRACY / NAUKI (<i>miejsowość</i>) (proszę uzupełnić jeśli jest inne niż miejsce zamieszkania)		<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> miejscowość:
III. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu		
Oświadczam, że jestem osobą (proszę zaznaczyć właściwe znakiem „X”) :		
17	PRACUJĄCA	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w tym: <input type="checkbox"/> osobą pracującą w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osobą pracującą w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osobą pracującą w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osobą prowadzącą działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osobą pracującą w MMŚP (zatrudnienie do 250 osób) <input type="checkbox"/> osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie (zatrudnienie powyżej 250 osób) <input type="checkbox"/> inne
18	Miejsce pracy i wykonywany zawód (dotyczy osób pracujących)	
19	BIERNĄ ZAWODOWO – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna -zarejestrowana lub nie w urzędzie pracy)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w tym: <input type="checkbox"/> osobą uczącą się <input type="checkbox"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
22	BEZROBOTNĄ ZAREJESTROWANĄ w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w tym <input type="checkbox"/> długotrwale (tj. powyżej 12 miesięcy)
23	BEZROBOTNĄ NIEZAREJESTROWANĄ w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w tym <input type="checkbox"/> długotrwale (tj. powyżej 12 miesięcy)
IV. Dane dodatkowe		
28	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
29	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



30	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji <input type="checkbox"/> tak (należy załączyć orzeczenie) w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym
31	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji

2.3

V. Specyficzne potrzeby wynikające z niepełnosprawności / niesamodzielności	
Czy potrzebuje Pan / Pani zapewnienia opieki opiekuna podczas badania kolonoskopowego ?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy potrzebuje Pan / Pani zapewnienia opieki opiekuna osoby trzeciej podczas gdy Pan / Pani będzie na badaniu kolonoskopowym ?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy potrzebuje Pan / Pani zapewnienia transportu zorganizowanego na badanie kolonoskopowe?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy jest Pan / Pani zainteresowany rozliczeniem transportu na badanie kolonoskopowe własnym środkiem transportu?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Gabinet zabiegowy bez barier architektonicznych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Dostosowanie akustyczne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Alternatywne formy przygotowania materiałów informacyjnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Inne:	

Oświadczam, że <u>nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych</u> do udziału w badaniu kolonoskopowym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Źródło informacji o Projekcie (np. prasa, radio, telewizja, internet, plakaty, ulotki itp.):	
Proszę krótko opisać powody, dla których zdecydował/a się Pan(i) na udział w Projekcie: <input type="checkbox"/> profilaktyka <input type="checkbox"/> inne:	

.....
Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**RAK NA WSPAK – wsparcie profilaktyki w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego w województwie świętokrzyskim**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

- 2) administratorem moich danych osobowych jest 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;
- 3) **moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. Projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności: udzielenia wsparcia, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje, sprawozdawczości, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji.**
- 4) 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 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020).
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, Beneficjentowi realizującemu projekt **Zakładowi Doskonalenia Zawodowego w Kielcach, 25-950 Kielce, ul. Paderewskiego 55** oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji ww. Projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 – 2020.
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów, o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w Projekcie.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty iod@zdz.kielce.pl
- 10) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Projektu . **„RAK NA WSPAK – wsparcie profilaktyki w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego w województwie świętokrzyskim”** oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 11) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 12) **Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie uczestnictwa w Projekcie pn. „RAK NA WSPAK – wsparcie profilaktyki w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego w województwie świętokrzyskim” .**
- 13) Zostałam(em) poinformowana(y), że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej - Europejskiego Funduszu Społecznego.
- 14) **Jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi.**
- 15) **Wyrażam zgodę na wykonanie badania kolonoskopowego, w tym ze znieczuleniem.**

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy
(imię i nazwisko)