



Informacja o uczestnikach Projektu

Dane wspólne

Lp.	Nazwa
1	Tytuł Projektu Działania rehabilitacyjne dla dzieci w wieku szkolnym
2	Nr Projektu RPMA.09.02.02-14-b227/18
3	Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem
4	Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej
5	Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany Projekt 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych

Dane uczestników projektu, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS

	Lp.	Data	Nazwa
Dane uczestnika	1		Imię
	2		Nazwisko
	3		Płeć
	4		Wiek w chwili przystępowania do projektu
	5		PESEL
	6		Wykształcenie
Dane kontaktowe	7		Ulica
	8		Nr domu
	9		Nr lokalu
	10		Miejscowość
	11		Obszar (miejski/wiejski)
	12		Kod pocztowy
	13		Województwo
	14		Powiat
	15		Telefon stacjonarny
	16		Telefon komórkowy
	17		Adres poczty elektr. (e-mail)
Dane dodatkowe	18		Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu
	19		Rodzaj przyznanego wsparcia
	20		Data rozpoczęcia udziału w projekcie
	21		Data zakończenia udziału w projekcie
	22		Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa

23	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020
24	Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej
25	Posiadanie statusu imigranta
26	Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.

2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest realizowany w ramach Osi Priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, nr RPMA.09.02.02-14-b232/18 pt „Zdrowy kręgosłup-zajęcia rehabilitacyjne dla dzieci”.

3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.

4. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.

5. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w deklaracji uczestnictwa w projekcie oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej, (np. podjęcie zatrudnienia).

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rejestracyjnym są zgodne z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU



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 pt. „Działania rehabilitacyjne dla dzieci w wieku szkolnym” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

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.

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 Działania rehabilitacyjne dla dzieci w wieku szkolnym, 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 (nazwa i adres właściwej IP), Beneficjentowi realizującemu Projekt CRSIO Fundacja ul. Łukiska 2/8, Warszawa (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu: PRO-GYM Agnieszka Świątek ul. Graniczna 10, Józefów, PRIMO sp. z o. o. ul. Grunwaldzka 13 Otwock. 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 kontrolę 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.



ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

w ramach projektu nr RPMA.09.02.02-14-b227/18 pt. „Działania rehabilitacyjne dla dzieci w wieku szkolnym”. Projekty realizowane w ramach Osi Priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

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

ORYGINAŁ



ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

w ramach projektu nr RPMA.09.02.02-14-b227/18 pt. „Działania rehabilitacyjne dla dzieci w wieku szkolnym”. Projekty realizowane w ramach Osi Priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

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

KOPIA



Oświadczenie rodzica/opiekuna uczestnika o spełnianiu kryterium dochodowego.

Ja, niżej podpisany

/imię i nazwisko czytelnie/

rodzic/opiekun dziecka

/imię i nazwisko dziecka - uczestnika projektu/

Oświadczam, że spełniam kryterium dochodowe określone w regulaminie rekrutacji do projektu „Działania rehabilitacyjne dla dzieci w wieku szkolnym”, tzn. przeciętny miesięczny dochód w przeliczeniu na członka naszej rodziny albo dochód osoby uczącej się nie przekracza 674 zł. (Limit wynosi 764 złote jeżeli członkiem rodziny jest dziecko legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o umiarkowanym albo o znacznym stopniu niepełnosprawności).

.....

/data i czytelny podpis/



Oświadczenie rodzica/opiekuna uczestnika o spełnianiu kryterium zamieszkania na terenach wiejskich

Ja, niżej podpisany

/imię i nazwisko czytelnie/

rodzic/opiekun dziecka

/imię i nazwisko dziecka - uczestnika projektu/

Oświadczam, że spełniam kryterium zamieszkania na terenach wiejskich określone w regulaminie rekrutacji do projektu „Działania rehabilitacyjne dla dzieci w wieku szkolnym”

.....

/data i czytelny podpis/