

ZAŁĄCZNIK nr 1C. FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

TYTUŁ PROJEKTU	Opolska Mama i Dziecko (region południowy)
NAZWA REALIZATORA PROJEKTU	Strzeleckie Centrum Obsługi Biznesu „SCOB” Marcin Rękawek
NAZWA PROGRAMU OPERACYJNEGO	Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WO 2014 - 2020)
NR I NAZWA OSI PRIORYTETOWEJ	Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna
NR I NAZWA DZIAŁANIA	Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych

CZEŚĆ C. –PERSONEL SŁUŻB ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI ZDROWOTNE

NR FORMULARZA:	DATA WPŁYWU:
<i>(Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)</i>	

UWAGA!!!

Poniższe dane proszę wypełnić odręcznie, DRUKOWANYMI LITERAMI w języku polskim we wszystkich wymaganych polach – zgodnie z zasadami opisanymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie*.

I. DANE KANDYDATA/KI (POLA OBOWIĄZKOWE):

IMIĘ:	NAZWISKO:	
DATA URODZENIA (dzień – miesiąc – rok):	MIEJSCE URODZENIA:	
POSIADAJĄCA NUMER PESEL:		
ZAMIESZKAŁA (ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATKI):		
<i>Ulica, Nr domu/lokalu</i>		
<i>Miejscowość, Kod pocztowy</i>		
GMINA:	POWIAT:	WOJEWÓDZTWO:
	<input type="checkbox"/> Krapkowicki <input type="checkbox"/> Głubczycki <input type="checkbox"/> Prudnicki <input type="checkbox"/> Inny (podać)	Opolskie
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO lub ADRES E-MAIL		
WYKSZTAŁCENIE:		
<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Policealne (osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale bez studiów wyższych) <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Wyższe (osoby, które posiadają wykształcenie wyższe (uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora), także osoby, które ukończyły studia podyplomowe) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (wykształcenie średnie lub zawodowe)		

STATUT OSOBY NA RYNKU PRACY:	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> W tym długotrwale bezrobotna (<i>minimum 12 miesięcy</i>) <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> W tym długotrwale bezrobotna (<i>minimum 12 miesięcy</i>) <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> W tym osoba ucząca się (uczeń/student) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (<i>przedsiębiorstwo do 250 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
ZATRUDNIONA W: (<i>należy wpisać PEŁNĄ nazwę instytucji/przedsiębiorstwa</i>)	
WYKONYWANY ZAWÓD (<i>dotyczy wyłącznie osób pracujących</i>)	

II. WYBÓR FORMY WSPARCIA (zaznaczyć właściwe „X”):

- SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO (wybrać jedno lub więcej z poniższych) tj.:**
- Tematyka: OPIEKA OKOŁOPORODOWA;
 - Tematyka: OPIEKA NAD WCZEŚNIAKIEM I NOWORODKIEM)

III.A. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE (OBLIGATORYJNE¹):

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” przy polu „TAK” lub „NIE”:

<p>1. Mieszkam² i/lub pracuję i/lub uczę się na terenie województwa opolskiego:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>2. Posiadam odpowiednie dokumenty potwierdzające zdobyte wykształcenie i zatrudnienie jako personel służb świadczących usługi zdrowotne (<i>kopie dokumentów zostały załączone do Formularza zgłoszeniowego</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>

¹ Spełnienie kryteriów obligatoryjnych jest konieczne do możliwości wzięcia udziału w projekcie.

² Zgodnie z Rozdziałem II Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (Dz.U. 1964r. Nr 16, poz. 93 z późn.zm.) Art. 25. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

III.B. INNE KRYTERIA (DODATKOWE³):

Prosimy **zaznaczyć właściwe „X”** przy polu „TAK” lub „NIE”:

<p>1. Jestem matką samotnie oczekującą na dziecko i/lub opiekunem prawnym samotnie wychowujących dziecko; gdzie za osobę samotnie oczekującą na dziecko/wychowującą dzieci uważa się jednego z rodziców albo opiekuna prawnego, jeżeli osoba ta jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • panną, kawalerem, • wdową, wdowcem, • rozwódką, rozwodnikiem albo • osobą, w stosunku do której orzeczono separację w rozumieniu odrębnych przepisów i samotnie oczekuje na dziecko/ wychowuje dziecko. 	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>2. Jestem osobą zamieszkałą w miejscowości poniżej 20.000 mieszkańców i/lub z obszarów wiejskich</p>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>3. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, to jest:</p>	
<p>A. Jestem osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniem/dzieckiem z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020; z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1886, z późn. Zm.), b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 882, z późn. zm.),</p>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>B. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego,</p>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>C. Jestem osobą, o której mowa w Ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, to jest osobą która:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przebywa w pieczy zastępczej • opuszcza pieczę zastępczą • jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych, 	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>D. Jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z Ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. 2016, poz. 1654, z późn. zm.),</p>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>E. Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w Ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz.U. 2016, poz. 1943, z późn. zm.);</p>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

³ Spełnienie tych kryteriów nie jest konieczne do możliwości wzięcia udziału w projekcie.

F. Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością

 TAK NIE

G. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów na lata 2014 – 2020,

 TAK NIE

H. Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ),

 TAK NIE

I. Jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym, to jest:

- a) bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- b) uzależnioną od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
- c) chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
- d) długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- e) zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- f) uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- g) osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

 TAK NIE

J. Jestem osobą (lub członkiem rodziny) korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, to jest:

- ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności,
- długotrwałej lub ciężkiej choroby, alkoholizmu lub narkomanii,
- przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi,
- potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,
- trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. C lub d Ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach,
- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,
- klęski żywiołowej lub ekologicznej,

 TAK NIE

K. Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności

 TAK NIE

IV. STATUS KANDYDATA NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” (JEŻELI DOTYCZY)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |
| <input type="checkbox"/> Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |
| <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami |
| <input type="checkbox"/> Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących
<input type="checkbox"/> w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |
| <input type="checkbox"/> Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu |
| <input type="checkbox"/> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ⁴ |

V. OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI:

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. **„Opolska Mama i Dziecko (region południowy)”**, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (RPO WO 2014-2020).
- ✓ **nie korzystałem/am, nie korzystam w chwili obecnej, ani nie zamierzam skorzystać** z tego samego rodzaju wsparcia w różnych projektach w ramach działania 8.1 RPO WO 2014-2020 - *Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie usług zdrowotnych - w zakresie opieki nad matką i dzieckiem;*
- ✓ wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, utrwalanie, powielanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Lidera Projektu – Strzeleckie Centrum Obsługi Biznesu „SCOB” Marcin Rękawek w Strzelcach Opolskich oraz Partnerów: Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. oraz Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAMED" Said Rayad, dla celów działań informacyjno – promocyjnych związanych z realizacją Projektu pt. **„Opolska Mama i Dziecko (region południowy)”**.
- ✓ zobowiązuję się do przekazania informacji na temat swojej sytuacji do 4. tygodni od daty zakończenia udziału w projekcie;
- ✓ zobowiązuje się do udziału w możliwym badaniu ewaluacyjnym;
- ✓ zobowiązuję się do wypełnienia ankiety, która mierzy satysfakcję uczestnika, po zakończeniu udziału w Projekcie;
- ✓ zobowiązuję się do wypełnienia kwestionariusza, który mierzy wzrost jakości życia dzięki interwencji EFS uczestnika projektu, który zakończy udział w Projekcie – *dotyczy wyłącznie uczestników zakwalifikowanych do grupy zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym.*

⁴ Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej zaliczamy: osoby z wykształceniem na poziomie niższym niż podstawowe, byłych więźniów, narkomanów, osoby z obszarów wiejskich.

VI. OŚWIADCZENIE KANDYDATA/UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z ubieganiem się o uczestnictwo w Projekcie/ przystąpieniem do Projektu pn. „**Opolska Mama i Dziecko (region południowy)**”, 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 przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
- 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 c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i 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 (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) – 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 2018 r. poz. 1431, 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 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 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 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);
- 4) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Opolska Mama i Dziecko (region południowy)**”, 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 (Zarząd Województwa Opolskiego, ul. Piastowska 14, 45-082 Opole), beneficjentowi realizującemu projekt - (Strzeleckie Centrum Obsługi Biznesu „SCOB” Marcin Rękawek, ul. Pobożnego 1, 47-100 Strzelce Op.) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. 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) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji;
- 7) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, 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 wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl oraz iod@opolskie.pl;

Dodatkowo 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) mam prawo do:

- 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;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
- do przeniesienia danych osobowych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Uczestnika Projektu)

ZAŁĄCZNIK nr 2C. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

TYTUŁ PROJEKTU	Opolska Mama i Dziecko (region południowy)
NAZWA REALIZATORA PROJEKTU	Strzeleckie Centrum Obsługi Biznesu „SCOB” Marcin Rękawek
NAZWA PROGRAMU OPERACYJNEGO	Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WO 2014 - 2020)
NR I NAZWA OSI PRIORYTETOWEJ	Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna
NR I NAZWA DZIAŁANIA	Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych

Ja niżej podpisana:

IMIĘ	NAZWISKO	PESEL

Oświadczam, że:

- ✓ deklaruję swoje uczestnictwo w projekcie pt. **„Opolska Mama i Dziecko (region południowy)”**, realizowanym przez Strzeleckie Centrum Obsługi Biznesu „SCOB” Marcin Rękawek w Strzelcach Opolskich oraz Partnerów: Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. oraz Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAMED" Said Rayad, w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (RPO WO 2014-2020);
- ✓ wyrażam swoją zgodę na uczestnictwo oraz zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa w bezpłatnych działaniach projektowych, zaznaczonych w pkt. II. WYBÓR FORMY WSPARCIA
- ✓ **nie korzystałem/am, nie korzystam w chwili obecnej, ani nie zamierzam skorzystać** z analogicznej formy wsparcia finansowanego w ramach innych projektów realizowanych w ramach działania 8.1 RPO WO 2014-2020 - *Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie usług zdrowotnych - w zakresie opieki nad matką i dzieckiem;*

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą⁵, oświadczam, że dane zawarte zarówno w Formularzu zgłoszeniowym (załącznik 1C) jak i Deklaracji uczestnictwa w projekcie (załącznik 2C) są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Uczestnika Projektu)

⁵ Pouczenie: Zgodnie z Art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 1137, z późn. zm.): Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.