



**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**  
**„Dzienny Dom Opieki Medycznej w ZOL SPZOZ w Głuchołazach”**  
RPOP.08.01.00-16-0042/19

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

<b>Dane uczestnika:</b>																					
<b>Imię:</b>																					
<b>Nazwisko:</b>																					
<b>PESEL:</b>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna																				
<b>Wykształcenie:</b>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe																				
<b>Dane kontaktowe (adres zamieszkania):</b>																					
<b>Województwo:</b>	opolskie																				
<b>Powiat:</b>																					
<b>Gmina:</b>																					
<b>Miejscowość:</b>																					
<b>Ulica:</b>																					
<b>Numer budynku:</b>																					
<b>Numer lokalu:</b>																					

<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Telefon kontaktowy:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Status uczestnika:</b>	
<b>Status na rynku pracy:</b>	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> osoba długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="radio"/> inne</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> osoba długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="radio"/> inne</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> osoba ucząca się</li> <li><input type="radio"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> <li><input type="radio"/> inne</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca
<b>Miejsce pracy:</b> <i>(wypełnia wyłącznie osoba pracująca)</i>	<p>.....</p> <p style="text-align: center;">(nazwa firmy/institucji)</p>
<b>Osoba pracująca w:</b> <i>(wypełnia wyłącznie osoba pracująca)</i>	<input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(nazwa firmy)</p> <input type="checkbox"/> inne niewymienione powyżej
<b>Wykonywany zawód:</b> <i>(wypełnia wyłącznie osoba pracująca)</i>	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej



	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny niewymieniony powyżej
<i>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<i>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<i>Jestem osobą z niepełnosprawnościami</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<i>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<i>Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniam co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<i>Podlegam pod zasady zatrudnienia socjalnego (osoba bezdomna, uzależniona od alkoholu/narkotyków lub innych środków odurzających, chora psychicznie, długotrwale bezrobotna, zwolniona z zakładu karnego, uchodźca, osoba niepełnosprawna)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<i>Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą (ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<i>Jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości (zgodnie z ustawą</i>	<input type="checkbox"/> TAK

<i>z dn. 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich)</i>	<input type="checkbox"/> NIE
<i>Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym /młodzieżowym ośrodku socjoterapii (zgodnie z ustawą z dn. 7 września 1991r. o systemie oświaty)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<i>Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<i>Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<i>Jestem osobą żyjącą w jednoosobowym gospodarstwie domowym</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<i>Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<i>Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**Uwagi dodatkowe dla uczestnika:**

Zobowiązuję się do:

-przekazania danych dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie tj. do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie

-przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym

-wypełnienia *Kwestionariusza dotyczący jakości życia dzięki interwencji Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS)\**

\*dotyczy wyłącznie osób zakwalifikowanych do grupy osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis uczestnika projektu

Załącznik nr 7 do Umowy

---

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU<sup>1</sup>

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „*Dzienny Dom Opieki Medycznej w ZOL SPZOZ w Głucholazach*” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych jest Minister Funduszy i Polityki Regionalnej, 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 przy ul. Piastowskiej 14, 45-082 Opole, 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 2020r. poz.818.);

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

---

<sup>1</sup> Wzór 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.

- 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 uchylające 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 (EU) 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 2020r. poz. 818.);
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Dzienny Dom Opieki Medycznej w ZOL SPZOZ w Głuchołazach”**, 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 zostaną powierzone do przetwarzania:
  - a) Instytucji Zarządzającej - Zarząd Województwa Opolskiego ul. Piastowska 14, 45-082 Opole,
  - b) Beneficjentowi realizującemu projekt - **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Głuchołazach, ul. Parkowa 9, 48-340 Głuchołazy** 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 kontrolę 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 dobrowolne, aczkolwiek 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<sup>2</sup>.
  - 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@mfigr.gov.pl](mailto:iod@mfigr.gov.pl); [iod@opolskie.pl](mailto:iod@opolskie.pl) lub adres poczty [iod@zol-glucholazy.pl](mailto:iod@zol-glucholazy.pl);
  - 12) 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 i data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu\*

---

<sup>2</sup> Dotyczy przyznania jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej.

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.