

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

„ADS ACADEMY – rozwój kompetencji pracowników Systemu Ochrony Zdrowia (II edycja)”

NR POWR.05.02.00-00-0035/18

Oświadczam, że:

- Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych informacji, a także oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie w trakcie rejestracji dane, są zgodne ze stanem faktycznym.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych dla realizacji projektu „ADS Academy - rozwój kompetencji pracowników systemu ochrony zdrowia – (II edycja)”, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679

W związku z kandydowaniem do projektu pn. „ADS Academy - rozwój kompetencji pracowników systemu ochrony zdrowia (II edycja)” przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - a) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - 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 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);
 - d) 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1, z późn. zm.).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „ADS Academy - rozwój kompetencji pracowników systemu ochrony zdrowia (II edycja)”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Ministerstwu Zdrowia (ul. Miodowa 15, 00- 952 Warszawa), beneficjentowi realizującemu projekt - Asseco Data Systems S.A., z siedzibą w Gdańsku, przy ulicy Jana z Kolna 11, 80-864 Gdańsk, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. 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 kontrole i audyt w ramach PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.
6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe zostaną usunięte w momencie niezakwalifikowania się do projektu.
11. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej IOD@asseccods.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@miir.gov.pl.
12. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 17, 18 i 19 RODO.
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Imię		
Nazwisko		
Osoba pracująca*	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Podmiot w którym pracuję świadczy POZ**	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Rodzaj wykonywanej pracy	<input type="checkbox"/> Pracownik pionów administracyjnych podmiotów leczniczych	
	<input type="checkbox"/> Pracownik podmiotów leczniczych na stanowiskach ds. finansowych	
	<input type="checkbox"/> Kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi	
	<input type="checkbox"/> Kadra medyczna podmiotów leczniczych, posiadającą w zakresie swoich obowiązków funkcje administracyjne	
	<input type="checkbox"/> Pracownik NFZ	
	<input type="checkbox"/> Pracownik organów założycielskich podmiotów leczniczych	
	<input type="checkbox"/> Inne (jakie?)	
E-mail		
Numer telefonu		
Miejsce pracy (nazwa placówki)		
Skąd dowiedziałeś/-aś się o Projekcie?	<input type="checkbox"/> Internet: (nazwa strony internetowej)	
	<input type="checkbox"/> Od przełożonego/-nej	
	<input type="checkbox"/> Z ulotki	
	<input type="checkbox"/> Od znajomego/-ej	
	<input type="checkbox"/> Media społecznościowe	
	<input type="checkbox"/> Z telemarketingu/newslettera	
	<input type="checkbox"/> Inne: (skąd?)	

Osoba pracująca*:

Osoba pracująca

osoba świadcząca aktywność zawodową między innymi na podstawie wybranych przepisów:

- ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1040, z późn. zm.);
- ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1145, z późn. zm.);

Placówka POZ**

placówka udzielająca świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

.....
Podpis: Imię i nazwisko Uczestnika/-czki

.....
Data uzupełnienia

Jakimi tematami szkoleń jest Pan/Pani zainteresowany/-a?

Prosimy o wskazanie maksymalnie 3 szkoleń. W zależności od liczby chętnych, jedna osoba będzie miała możliwość w uczestniczeniu od 1 do 3 szkoleń.

Nazwa Szkolenia	Ilość godzin dydaktycznych	Wybór szkolenia (wstaw X)
Wprowadzenie do HB HTA	16	<input type="checkbox"/>
Wykorzystanie HB HTA	16	<input type="checkbox"/>
Podstawy monitorowania badań klinicznych	16	<input type="checkbox"/>
Monitorowanie badań klinicznych dla zaawansowanych	16	<input type="checkbox"/>
Badania kliniczne: zarządzanie projektem i ryzykiem	16	<input type="checkbox"/>
Koordynator badań medycznych	16	<input type="checkbox"/>
Zarządzanie finansami w służbie zdrowia	16	<input type="checkbox"/>
Zarządzanie personelem z wykorzystaniem gry strategicznej	16	<input type="checkbox"/>
Finansowanie, sprawozdawczość z wykorzystaniem map potrzeb zdrowotnych w służbie zdrowia	16	<input type="checkbox"/>
Prince2 Foundation (z dodatkowym egzaminem zewnętrznym)	24	<input type="checkbox"/>
Analiza danych przy użyciu oprogramowania MS Excel	16	<input type="checkbox"/>
Komunikacja z trudnym pacjentem	16	<input type="checkbox"/>