

## UMOWA SZKOLENIOWA

NR POWR.05.02.00-00-0035/18/.....

zawarta dnia .....roku w Gdyni

dalej *Umowa*

pomiędzy:

*Asseco Data Systems S.A.* z siedzibą w Gdańsku, przy ulicy Jana z Kolna 11, 80-864 Gdańsk, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000421310, której akta rejestrowe prowadzi Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy, NIP: 5170359458, REGON: 180853177, kapitał zakładowy: 120 002 940,00 zł (wpłacony w całości), reprezentowaną przez:

Krzysztofa Smyk – Dyrektora Działu Realizacji Projektów

dalej *Projektodawca*,

a

Panią/Panem .....  
zamieszkałą/zamieszkałym w .....  
przy ul. .... kod: .....  
posiadającą/posiadającym nr PESEL: .....

dalej *Uczestnik/Uczestniczka Projektu*,

dalej łącznie *Strony*.

### § 1 Definicje

Jeżeli kontekst nie wskazuje inaczej w Umowie zwrotom pisany wielką literą przypisuje się znaczenie nadane *Umową*, niezależnie od tego czy zostały użyte w liczbie pojedynczej, czy mnogiej oraz w odpowiednich przypadkach:

1. *Projekt* – Projekt o nr POWR.05.02.00-00-0035/18 pn. „ADS Academy - rozwój kompetencji pracowników systemu ochrony zdrowia (II edycja)” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Projektodawcę pod nadzorem Instytucji Pośredniczącej,
2. *Instytucja Pośrednicząca* – Ministerstwo Zdrowia z siedzibą w Warszawie, przy ul. Miodowej 15, 00- 952 Warszawa,
3. *Projektodawca* – spółka pod firmą Asseco Data Systems S.A., w Gdańsku, przy ulicy Jana z Kolna 11, 80-864 Gdańsk, KRS nr 0000421310,
4. *Osoba pracująca* – osoba świadcząca aktywność zawodową między innymi na podstawie wybranych przepisów:

- a. ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1040, z późn. zm.);
  - b. ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz. U. z 201 r. poz. 1145, z późn. zm.);
5. *Kandydat/-ka* – osoba aplikująca do udziału w *Projekcie*,
  6. *Uczestnik/-czka Projektu* – osoba zakwalifikowana przez *Projektodawcę* do udziału w *Projekcie*, spełniająca wymagania zawarte w Umowie lub *Regulaminie*,
  7. *Szkolenie* – szkolenie, w formie tradycyjnej (stacjonarnej) na salach szkoleniowych lub w formie wirtualnej, (tj. szkolenie zdalne realizowane z wykorzystaniem narzędzi do telekonferencji) realizowane w ramach *Projektu*, prowadzone przez doświadczonych trenerów z wykorzystaniem dedykowanych materiałów szkoleniowych,
  8. *Egzamin* – egzamin organizowany po zakończeniu każdego ze *Szkoleń*, którego zaliczenie przez *Uczestnika/-czkę* skutkuje zdobyciem certyfikatu potwierdzającego nabycie odpowiedniego poziomu kompetencji,
  9. *Portal Projektu* – portal informacyjno-rekrutacyjny *Projektu*, na którym *Uczestnik/-czka Projektu* zakłada konto, dostępny pod adresem: <http://akademiazdrowia2.eduportal.pl>,
  10. *Regulamin* – regulamin dostępny na *Portalu Projektu* oraz w biurze *Projektu* określający między innymi zasady rekrutacji *Uczestników/-czek* do udziału w *Projekcie*.
  11. *Siła Wyższa* – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia przez *Strony* nawet przy zachowaniu najwyższej staranności, np. wojna, klęska żywiołowa, epidemia, pandemia, stan zagrożenia epidemicznego.

## § 2 Przedmiot Umowy

1. W ramach przedmiotu *Umowy Projektodawca* zobowiązuje się zorganizować i przeprowadzić nieodpłatne *Szkolenia* według zasad określonych w *Umowie* lub *Regulaminie*, a *Uczestnik/-czka Projektu* zobowiązuje się wziąć udział w *Szkoleniu*.

## § 3 Oświadczenia Uczestnika Projektu

1. *Uczestnik/-czka Projektu* oświadcza, że zapoznał się i akceptuje postanowienia *Regulaminu*.
2. *Uczestnik/-czka Projektu* oświadcza, że spełnia kryteria kwalifikowalności, uprawniające do udziału w realizowanym *Projekcie*:
  - a. jest Osobą pracującą,
  - b. należy do minimum jednej z poniższych grup, tj. do:
    - i. pracowników podmiotów leczniczych, obejmujących min. jedną z poniższych kategorii:
      1. osoby pracujące w pionach administracyjnych podmiotów leczniczych (np. rejestratorki/rejestratorzy, księgowie, specjaliści ds. zamówień publicznych),
      2. osoby pracujące w działach zarządzających podmiotami leczniczymi (np. dyrektorzy, managerowie ochrony zdrowia),
      3. kadra medyczna posiadająca w zakresie swoich obowiązków funkcje administracyjne (np.: ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe)
    - ii. pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia
    - iii. osób pracujących w organach założycielskich podmiotów leczniczych\* tj. jednostkach samorządu terytorialnego, uczelniach medycznych (pracownicy administracyjni), ministerstwach, urzędach wojewódzkich, centralnych urzędach administracji rządowej (\*wyłącznie Osoby pracujące w komórkach organizacyjnych odpowiedzialnych za nadzór nad utworzonymi przez ten organ podmiotami leczniczymi);

- c. nie uczestniczył/a w szkoleniach w tych samych tematach w innych projektach w ramach Działania 5.2 PO WER.
- Jeżeli w trakcie realizacji *Projektu* lub po jego zakończeniu wyjdzie na jaw, że *Uczestnik/czka Projektu* nie spełniał/a warunków udziału w *Projekcie* (kryteriów kwalifikowalności, o których mowa powyżej) lub podał/a nieprawdziwe dane w oświadczeniach i dokumentach rekrutacyjnych albo gdy wyjdzie na jaw, że nie spełniał/a warunków uprawniających go/ją do udziału w realizowanym *Projekcie*, *Uczestnik/-czka Projektu* będzie zobowiązany do zwrotu w odpowiednim zakresie na rzecz *Projektodawcy* poniesionych kosztów związanych ze swoim udziałem w *Projekcie*.
  - W razie braku poinformowania *Projektodawcy* o zmianie danych stanowiących warunki dopuszczalności udziału w *Projekcie* (kryteriów kwalifikowalności o których mowa powyżej) lub podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, *Uczestnik/-czka Projektu* zobowiązany/-a jest do naprawienia szkody jaką *Projektodawca* poniósł w skutek realizacji *Umowy* na rzecz *Uczestnika/-czki Projektu* niespełniającego kryteriów udziału.

#### § 4 Zakres i warunki realizacji Szkoleń

- Tematy, forma oraz czas trwania *Szkoleń* w poszczególnych obszarach wskazano w załączniku nr 4. Szczegółowe zakresy *Szkoleń* dostępne są na *Portalu Projektu*.
- W ramach *Projektu Uczestnik/-czka Projektu* może wziąć udział w *Szkoleniach* zgodnie z zapisami *Regulaminu*.
- Szkolenia* będą realizowane w miejscach i terminach wskazanych w harmonogramie *Szkoleń* publikowanym na *Portalu Projektu*.
- Uczestnik/-czka Projektu* każdorazowo dokona zgłoszenia swojego uczestnictwa na wybrane przez siebie *Szkolenia* w terminach wybranych z harmonogramu, o którym mowa w ust. 3, telefonicznie lub przesyłając *Projektodawcy* swoje zgłoszenie na adres e-mail: [akademiazdrowia@assecods.pl](mailto:akademiazdrowia@assecods.pl)
- W przypadku zebrania wymaganej liczby *Uczestników/-czek Projektu*, *Projektodawca* najpóźniej na 7 dni przed planowanym terminem rozpoczęcia *Szkolenia*, potwierdzi przyjęcie zgłoszenia *Uczestnika/-czki Projektu* do udziału w *Szkoleniu* wraz z terminem jego realizacji na podany przez *Uczestnika/-czkę Projektu* adres mailowy.
- Uczestnik/-czka Projektu* ma prawo wycofać swoje uczestnictwo w danym *Szkoleniu* w ciągu 24h od momentu otrzymania potwierdzenia realizacji *Szkolenia*, o którym mowa w ust. 5. Oświadczenie o wycofaniu należy przesłać *Projektodawcy* mailem na adres e-mail: [akademiazdrowia@assecods.pl](mailto:akademiazdrowia@assecods.pl). Brak przesłania rezygnacji w wymaganym terminie, oznacza potwierdzenie obecności na szkoleniu. Niepojawienie się *Uczestnika/-czki Projektu* na *Szkoleniu* w potwierdzonym terminie, uprawnia *Projektodawcę* do obciążenia *Uczestnika/-czki Projektu* kosztami uczestnictwa.
- W celu sprawnej komunikacji w sprawach dotyczących udziału w *Szkoleniach*, *Uczestnik/-czka Projektu* oświadcza, iż adres mailowy podany w formularzu zgłoszeniowym jest poprawny, aktualny i regularnie (min. raz na 24 godz.) sprawdzany.
- W przypadku niezbrania liczby *Uczestników/-czek Projektu*, wymaganej do uruchomienia szkolenia *Projektodawca* zastrzega prawo do ustalenia nowych terminów realizacji *Szkolenia*, o czym poinformuje *Uczestnika/-czkę Projektu*.
- Jeżeli *Uczestnik/-czka Projektu* w ciągu trwania *Projektu* nie dokona zgłoszenia na żaden z proponowanych terminów *Szkolenia* zgodnie z ust. 4 *Umowa* traci moc, a *Uczestnik/-czka Projektu* traci ten status.
- W przypadku zaistnienia przyczyn niezależnych od *Projektodawcy*, skutkujących niemożliwością realizacji *Szkolenia* (m. in. choroba instruktora, awaria sprzętu, etc.) *Projektodawca* zastrzega prawo zmiany uprzednio potwierdzonego terminu realizacji *Szkolenia*, o czym poinformuje *Uczestnika/-czkę Projektu*. Informacje o ewentualnych zmianach będą przekazywane telefonicznie lub przesyłane pocztą elektroniczną do *Uczestnika/-czki Projektu*. *Uczestnik/czka Projektu* ma prawo odrzucić nowy termin *Szkolenia*, bez konsekwencji o których mowa w ust.6.

#### § 5 Zobowiązania Projektodawcy

1. **Beneficjent** podczas **Szkolenia** zapewni **Uczestnikowi/-czce**:
  - a. doświadczonych wykładawców,
  - b. odpowiednio wyposażone sale szkoleniowe [dla szkoleń w formie tradycyjnej] lub platformę do szkoleń wirtualnych [dla szkoleń w formie wirtualnej],
  - c. materiały szkoleniowe [dla szkoleń w formie tradycyjnej w papierowej, do szkoleń wirtualnych w formie elektronicznej],
  - d. dla **Szkoleń** w formie tradycyjnej:
    - trwających ponad 4 godziny/dzień: serwis kawowy
    - trwających ponad 6 godzin/dzień dodatkowo wyżywienie w formie lunchu.
2. **Projektodawca**, po zakończeniu danego **Szkolenia** zorganizuje **Egzamin**.
3. Uzyskanie pozytywnego wyniku **Egzaminu** będzie skutkowało wydaniem **Uczestnikowi/-czce** certyfikatu przez **Projektodawcę** [w formie papierowej lub elektronicznej, w zależności od formy szkolenia].

## § 6 Zobowiązania Uczestnika/-czki Projektu

1. **Uczestnik/-czka** zobowiązany jest do uczestnictwa w **Szkoleniu** w wymiarze co najmniej 80% czasu trwania.
2. **Uczestnik/-czka** zobowiązana jest w przypadku **Szkolenia**:
  - w formie tradycyjnej (stacjonarnej) do każdorazowego podpisywania listy obecności wraz ze oświadczeniami potwierdzenia odbioru materiałów szkoleniowych, cateringu, certyfikatu
  - w formie wirtualnej do złożenia oświadczeń odbioru materiałów szkoleniowych [oświadczenia będą udostępne **Uczestnikowi/-czce** w wersji elektronicznej]a także przystąpienia do **Egzaminu**, który zostanie zorganizowany ostatniego dnia **Szkolenia**.
3. **Uczestnik/-czka** zobowiązany jest do uczestnictwa w procesie ewaluacji i walidacji realizowanych **Szkoleń**. W ramach procesu ewaluacji i walidacji **Uczestnik/-czka** są zobowiązani:
  - a. do wypełnienia ankiety oceniającej poszczególne elementy **Szkolenia** oraz badającej stopień zadowolenia ze **Szkolenia**, która zostanie udostępniona **Uczestnikowi/-czce** ostatniego dnia każdego **Szkolenia**,
  - b. do wypełnienia testów pisemnych lub elektronicznych bądź uczestnictwa w testach wykonania przed i po **Szkoleniach**, które zostaną udostępnione na **Portalu projektu** nie później niż na 3 dni przed datą rozpoczęcia **Szkolenia** (test przed) lub do 3 dni po zakończeniu **Szkolenia** (testy po),
4. **Uczestnicy/-czki Projektu** zobowiązani są do uczestnictwa w ewentualnych badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez **Instytucję Pośredniczącą** lub inne upoważnione podmioty.
5. **Uczestnik/-czka** w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w **Projekcie** prześle swoje dane dotyczące statusu na rynku pracy oraz informację na temat udziału w kształceniu lub w szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz w ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w **Projekcie Uczestnik/-czka** udostępni swoje dane dotyczące statusu na rynku pracy.
6. W przypadku niewywiązania się przez **Uczestnika/-czkę Projektu** z obowiązków wskazanych w niniejszej **Umowie**, w szczególności, tych określonych w ust. 1 - 5 lub wyjścia na jaw, że **Uczestnik/-czka Projektu** podała/a nieprawdziwe dane/informacje w oświadczeniach i dokumentach rekrutacyjnych skutkujące uznaniem udziału **Uczestnika/-czki Projektu** przez jakikolwiek organ kontrolny za koszt niekwalifikowalny, w szczególności gdy okaże się, że **Uczestnik/-czka Projektu** nie spełniał kryteriów kwalifikowalności uprawniających do udziału w realizowanym **Projekcie Projektodawca** ma prawo do pozbawienia **Uczestnika/-czki Projektu** statusu **Uczestnika/-czki Projektu**.
7. W przypadku pozbawienia statusu **Uczestnika/-czki Projektu** zgodnie z ust. 6, może być on/ona zobowiązany/-a do zwrotu poniesionych kosztów uczestnictwa w **Szkoleniu**, które w zależności od obszaru wynoszą: obszar HTA: 637,69 zł, obszar badań klinicznych: 3123,40zł, obszar finansowy 3123,40zł, Prince2Foundation: 2477,53zł, zarządzanie personelem i komunikacja: 3123,40zł, obszar analityczny: 630,26zł. **Uczestnik/-czka Projektu** będzie

zobowiązany/a do uregulowania należności, w terminie 7 dni od daty wezwania. Ostateczna decyzja dotycząca zwrotu poniesionych kosztów będzie podejmowana indywidualnie na podstawie zaistniałych przesłanek.

## § 7 Informacje dodatkowe [Szkolenia w formie wirtualnej]

1. W związku z wiążącymi *Projektodawcę* wymaganiami i wytycznymi *Instytucji Pośredniczącej*, *Projektodawca* informuje, że *Szkolenia* w formie wirtualnej będą w całości albo w części rejestrowane/nagrywane. *Projektodawca* informuje, że mogą wykonywane w trakcie *Szkolenia* zrzuty ekranu monitora (tzw.printscreeny), a nagrania bądź wykonane printscreeny będą utrwalane, przechowywane i udostępniane organowi kontrolującemu, rozliczającemu, monitorującemu bądź audytującemu *Projekt* w celu udokumentowania prawidłowości dokonanych wydatków w związku ze wsparciem udzielonym ze środków UE w ramach realizowanego *Projektu*, w którym *Uczestnik/-czka* bierze udział – na żądanie tego organu i tylko na potrzeby kontrolingu, rozliczenia, monitorowania i audytu *Projektu*. *Beneficjent* informuje, że na nagraniu albo wykonanym printscreenie ze *Szkolenia* może zostać utrwalony głos, wizerunek uczestnika *Szkolenia*, a *Uczestnik/-czka* przystępując do *Szkolenia* ten fakt przyjmuje do wiadomości i akceptuje.
2. Przystępując do udziału w *Szkoleniu* prowadzonym w formie wirtualnej *Uczestnik/-czka* przyjmuje do wiadomości, iż nagrywanie bądź wykonanie printscreenów w trakcie *Szkolenia* może spowodować przetwarzanie danych osobowych *Uczestnika/-czki*, takich jak: głos i wizerunek.
3. Administratorem danych osobowych zbieranych i przetwarzanych podczas wirtualnego *Szkolenia* jest *Beneficjent*. Z administratorem można się skontaktować :
  - listownie (pocztą tradycyjną), pisząc na adres wskazany powyżej,
  - za pomocą poczty elektronicznej pod adresem e-mail: [kontakt@assecods.pl](mailto:kontakt@assecods.pl),
  - telefonicznie pod numerem telefonu: +48 22 52 58 601.
- 3.1 Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym *Uczestnik/-czka* może się skontaktować:
  - listownie (pocztą tradycyjną), pisząc na adres: Assec Data Systems S.A., Biuro w Łodzi, ul. Narutowicza 136, 90-146 Łódź,
  - za pomocą poczty elektronicznej pod adresem e-mail: [IOD@assecods.pl](mailto:IOD@assecods.pl),
  - telefonicznie pod numerem telefonu: +48 42 675 63 60.
- 3.2 Dane przetwarzane w związku z udziałem w *Szkoleniu* prowadzonym w formie wirtualnej, przetwarzanie będą w celu udokumentowania prawidłowości dokonanych wydatków, w związku ze wsparciem udzielonym ze środków UE w ramach realizowanego projektu w którym *Uczestnik/-czka* bierze udział. Podstawą prawną przetwarzania jest w tym przypadku uzasadniony interes prawny administratora, jakim jest prawidłowe udokumentowanie wsparcia udzielonego ze środków UE, zgodnie z wytycznymi instytucji realizujących wsparcie (art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1, dalej: RODO).
- 3.3 Dane przechowywane będą przez okres, w jakim konieczne jest przechowywanie dokumentacji związanej z *Projektem*, zgodnie z zawartą w tym zakresie umową o dofinansowanie *Projektu*.
- 3.4 Odbiorcą danych mogą być dostawcy usług IT wspomagający techniczne aspekty realizacji *Szkolenia* w formie wirtualnej oraz podmioty dokonujące kontroli, rozliczenia, monitoringu i audytu prawidłowości wykorzystania udzielonego wsparcia ze środków UE.
- 3.5 W związku z przetwarzaniem danych osobowych *Uczestnik/-czka* posiada :
  - prawo dostępu i sprostowania Państwa danych osobowych,
  - prawo żądania usunięcia Państwa danych osobowych, na podstawie warunków określonych w art. 17 RODO,

- prawo żądania ograniczenia przetwarzania Państwa danych osobowych, na podstawie warunków określonych w art. 18 RODO,

Z uwagi na fakt, iż dane *Uczestnika/-czki* przetwarzane będą na podstawie prawnie uzasadnionego interesu (w zakresie celów wskazanych powyżej, dla których podstawą przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia), *Uczestnik/-czka* ma prawo zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację *Uczestnika/-czki*.

Wszystkie powyższe prawa można zrealizować składając wniosek na stronie <https://www.daneosobowe.assecods.pl> lub pisząc na adres e-mail Inspektora Ochrony Danych: [IOD@assecods.pl](mailto:IOD@assecods.pl)

- 3.6 *Uczestnik/-czka* ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych *Uczestnika/-czki* narusza przepisy Rozporządzenia.
- 3.7 Dane osobowe *Uczestnika/-czki* są przechowywane na serwerach zlokalizowanych w Unii Europejskiej, ale w związku z korzystaniem przez Assec Data Systems S.A. z rozwiązań chmurowych dostarczanych przez firmę Microsoft mogą być przekazane - na podstawie standardowych klauzul ochrony danych - do państwa trzeciego. Stosowane przez Microsoft standardowe klauzule umowne zgodne z wzorcami zatwierdzonymi przez Komisję Europejską, dostępne są pod adresem: <https://www.microsoft.com/en-us/licensing/product-licensing/products.aspx> w części Online Services Terms (OST).
- 3.8 W związku z przyjętą formą *Szkolenia* w formie wirtualnej i koniecznością jego prawidłowego udokumentowania brak podania danych *Uczestnika/-czki* uniemożliwi udział w *Szkoleniu* przeprowadzonym w formie wirtualnej.
- 3.9 Dane osobowe *Uczestnika/-czki* przetwarzane w związku z udziałem w *Szkoleniu* w formie wirtualnej nie będą wykorzystywane do podejmowania zautomatyzowanych decyzji.

## § 8 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą *Umową* zastosowanie mają zasady przepisów Kodeksu Cywilnego.
2. Spory związane z realizacją z *Umowy* strony będą się starały rozwiązać polubownie, a w przypadku braku porozumienia spór rozstrzygać będzie właściwy sąd powszechny.
3. Zmiany *Umowy* mogą być dokonywane wyłącznie w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Załączniki wymienione w treści *Umowy* są jej integralną częścią.
5. *Umowę* sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze *Stron*.

.....  
Podpis *Uczestnika/-czki Projektu*

.....  
Podpis *Projektodawcy*

Załączniki:

- **Załącznik nr 1** – Dane osobowe *Uczestnika/-czki Projektu*
- **Załącznik nr 2** – Oświadczenie *Uczestnika/-czki Projektu*
- **Załącznik nr 3** – Zaświadczenie o zatrudnieniu lub współpracy
- **Załącznik nr 4** – Wykaz szkoleń objętych *Umową*

### Załącznik nr 1 - Dane osobowe Uczestnika/-zki Projektu

Projekt o nr POWR.05.02.00-00-0035/18 pn. „ADS Academy - rozwój kompetencji pracowników systemu ochrony zdrowia (II edycja)”

<b>Dane uczestnika</b>	Imię			
	Nazwisko			
	PESEL			
	Kraj	Polska		
	Płeć*	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
	Data urodzenia (rrrr-mm-dd)	.....		
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	..... lat		
	Wykształcenie*	<input type="checkbox"/>	<b>ISCED 0 Niższe niż podstawowe</b> (brak formalnego wykształcenia)	
		<input type="checkbox"/>	<b>ISCED 1 Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)	
		<input type="checkbox"/>	<b>ISCED 2 Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	
<input type="checkbox"/>		<b>ISCED 3 Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjalnej, zasadniczej zawodowej, technikum lub liceum – wykształcenie maksymalnie średnie)		
<input type="checkbox"/>		<b>ISCED 4 Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)		
<input type="checkbox"/>	<b>ISCED 5-8 Wyższe</b> (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)			
<b>Dane kontaktowe uczestnika</b>	Województwo			
	Powiat			
	Gmina			
	Obszar*	<input type="checkbox"/> Miasto	<input type="checkbox"/> Wieś	
	Miejscowość			
	Ulica			
	Nr budynku			
	Nr lokalu			
	Kod pocztowy			
	Telefon kontaktowy			
	Adres e-mail			
Szczegóły i rodzaj wsparcia	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?) .....		
	Wykonywany zawód (stanowisko)			
	Pracownik POZ**	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	Zatrudniony (nazwa i adres zakładu pracy)			
<b>Status uczestnika Projektu w chwili przystąpienia do Projektu</b>	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	Osoba z niepełnosprawnościami*** [w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „Tak” dołącza się kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności]	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)* [m.in. osoby z obszarów wiejskich tj. osoby przebywające na obszarach słabo zaludnionych zgodnie ze stopniem urbanizacji DEGURBA 3.. Obszary słabo zaludnione to obszary, na których więcej niż 50% populacji zamieszkuje tereny wiejskie]	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	Dodatkowe potrzeby w związku z uczestnictwem w projekcie			

\* zaznacz właściwą odpowiedź,

\*\*POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna,

\*\*\*abyśmy mogli dostosować szkolenie do potrzeb osób niepełnosprawnych wymagane jest zaznaczenie i uzupełnienie odpowiednich pól

.....

data i podpis

## Załącznik 2 – Oświadczenie Uczestnika/-czki 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 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 Gdyni, przy ul. Podolskiej 21, 81-321, 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. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
12. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
13. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej [IOD@asseccods.pl](mailto:IOD@asseccods.pl) lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl).
14. 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.
15. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/-czki

### Załącznik 3 – Zaświadczenie o zatrudnieniu lub współpracy

\_\_\_\_\_

Miejscowość i data

#### ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU LUB WSPÓŁPRACY

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

posiadającym/-ą nr PESEL \_\_\_\_\_  
(numer PESEL)

jest pracownikiem/-czką lub osobą współpracującą:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(pełna nazwa i adres zakładu pracy)

tj. spełnia jedną z poniższych definicji\*:

- Pracownik w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. — Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.)
- Osoba świadcząca aktywność zawodową na podstawie przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1145, z późn. zm.);

\*Zaznaczyć właściwe

Dodatkowo oświadczam, że za pracownika są odprowadzane obowiązkowe zobowiązania publiczno-prawne w związku ze świadczeniem przez niego usług.

*Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia realizatorowi projektu POWR.05.02.00-00-0035/18 pn. „ADS Academy - rozwój kompetencji pracowników systemu ochrony zdrowia (II edycja)” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego pod nadzorem **Ministerstwa Zdrowia** jako wymóg uczestnictwa w szkoleniach.*

Placówka świadczy usługi Podstawowej Opieki Zdrowotnej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
--	------------------------------	------------------------------

Dane kontaktowe do bezpośredniego przełożonego pracownika bądź wyznaczonej przez pracodawcę osoby, która weźmie udział w badaniu ankietowym dot. szkoleń, w których będzie uczestniczył pracownik. Badanie będzie miało na celu zbadanie wpływu nabytych przez uczestnika umiejętności i kompetencji na funkcjonowanie podmiotu.

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

adres e-mail: \_\_\_\_\_

tel.: \_\_\_\_\_

.....  
Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorcy -  
pracodawcy wraz z pieczęcią zakładu pracy

#### Załącznik 4 – Wykaz szkoleń objętych Umową

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