

KARTA UCZESTNIKA PROJEKTU.

„PROFILAKTYCZNY PROGRAM SZCZEPIEŃ PRZECIWKO GRYPIE W METROPOLII POZNAŃ”

Podmiot prowadzący
punkt szczepień:

Poznańskie Centrum Otolaryngologii
spółka z o.o., spółka komandytowa
60-465 Poznań, ul. Straży Ludowej 37
Nr KRS: 0000317726
REGON: 301415449 NIP: 781-10-50-291
tel. 61/86 88 444 tel. 605 360 028
Nazwa i adres Podmiotu lub Czytelna część cząstka firmowa

DANE UCZESTNIKA:

PŁEĆ (zaznacz X) Kobieta ☐ Mężczyzna ☐

IMIĘ

PESEL

KRAJ

NAZWISKO

WIEK (liczba ukończonych lat)

- WYKSZTAŁCENIE: ☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe
/zaznacz X/ ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne
☐ policealne ☐ wyższe

Oświadczam, że mieszkam/ uczę się/pracuję na terenie m. Poznań, powiatu poznańskiego, gminy Skoki, Śrem, Szamotuły, Oborniki (stanowiące Miejski Obszar Funkcjonalny).

☐ TAK ☐ NIE

• ADRES ZAMIESZKANIA:

Województwo Powiat
Gmina Miejscowość
Ulica Nr budynku
Kod pocztowy - Telefon

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU

Oświadczam, że jestem (zaznaczyć wszystkie, które dotyczą)

- ☐ Bezrobotny/a w tym:
☐ zarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy
☐ długotrwale bezrobotny/a zarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy
☐ niezarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy

1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI

<i>Data</i>	<i>Podpis</i>
-------------	---------------

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. „Profilaktyczny program szczepień przeciwko grypie w Metropolii Poznań” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 –Województwo Wielkopolskie z siedzibą przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych
 - w ramach zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 – 2014-2020: Inspektor ochrony danych osobowych pod adresem administratora danych, lub elektronicznie poprzez skrytkę ePUAP: /umarszwkpl/SkrytkaESP i e-mail: inspektor.ochrony@umww.pl
 - w ramach zbioru Centralny system teleinformatyczny: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, e-mail: iod@mfi.gov.pl.
3. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
4. 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 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:
 - 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 2020 r. poz. 818, 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. 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 2020 r. poz. 818, 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).
5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu (nr Projektu) RPWP.06.06.02- 30-0002/18 , w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz w celu archiwizacji w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej -Zarząd Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań (nazwa i adres właściwej Instytucji Zarządzającej), Beneficjentowi i Partnerom realizującym Projekt - Stowarzyszenie Metropolia Poznań, ul. Kościelna 37, 60-537 Poznań oraz Partnerom realizującym Projekt - EDICTUM sp. z o.o., ul. Mickiewicza 31, 60-835 Poznań oraz PCO Sp. komandytowa sp. z o.o. ul. Straży Ludowej 37 Poznań (nazwa i adres Beneficjenta oraz Partnerów*) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu - (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.
7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do 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 pracy¹.~~
10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
11. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
12. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

¹ Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których zostały wprowadzone kryteria wyboru dotyczące efektywności zatrudnieniowej lub społeczno-zatrudnieniowej mierzonej do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.

* jeśli dotyczy

13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU^{2**}**

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



ZAŚWIADCZENIE
o udzielonym/uzyskanym świadczeniu zdrowotnym
w ramach projektu
„Profilaktyczny program szczepień
przeciwko grypie w Metropolii Poznań”

Oświadczamy, że Panu/Pani

PESEL ADRES

udzielono wyczerpujących informacji na temat zabiegu szczepienia przeciw grypie, jego naturze, znaczeniu i użytej szczepionce, używając zrozumiałych sformułowań oraz poinformowano o możliwości rezygnacji z udziału w szczepieniu bez podania przyczyny.

Pacjentowi(-ce) wykonano badanie kwalifikacyjne z wynikiem pozytywnym (brak przeciwwskazań do szczepienia).

Pacjentowi(-ce) udzielono porady zdrowotnej nt. profilaktyki grypy, w tym nt. wirusów grypy, objawów, przebiegu i leczenia choroby, powikłań, sposobów ograniczenia ryzyka zachorowania, korzyści płynących ze szczepień.

Pacjent(ka) został(a) poinformowany(a), że projekt „Profilaktyczny program szczepień przeciwko grypie w Metropolii Poznań” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej.

Pacjent(ka) został(a) zaszczepiony(-a) szczepionką Vaxigrip Tetra wyprodukowaną przez Sanofi Pasteur

.....

nr serii data i godzina

Miejsce i droga podania:

.....

Podpis i pieczęć osoby kwalifikującej do szczepienia.

.....

Podpis osoby wykonującej szczepienie.

.....

Potwierdzam uzyskanie wyżej opisanego świadczenia zdrowotnego.

.....

Czytelny podpis pacjenta

Pacjentowi(-ce) wydano kopię niniejszego Zaświadczenia.