



	3) do 5 lat po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	4) powyżej 5 lat po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	Czy jest Pan/Pani lekarzem rodzinnym, który nie przeszedł do tej pory szkolenia podstawowego z zakresu USG, ale posiada dostęp do aparatu USG na min. 2 tygodnie po odbyciu kursu?	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	Czy jest Pan/Pani lekarzem rodzinnym, który przeszedł szkolenie podstawowe z zakresu USG, samodzielnie wykonuje przynajmniej po kilkadziesiąt badań (min. 50) oraz posiada dostęp do aparatu USG we własnym miejscu pracy?	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	Czy jest Pan/Pani osobą współpracującą z placówką świadczącą Podstawową Opiekę Zdrowotną (niezależnie od rodzaju i formy zatrudnienia)?	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	Czy jest Pan/Pani świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej?	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Dodatkowe informacje	Czy miejsce zamieszkania Pana/Pani znajduje się powyżej 50 km od miejsca realizacji szkolenia? (jeśli odpowiedź brzmi TAK, wówczas zostanie zapewniony bezpłatny nocleg w hotelu oraz kolacja).	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	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 przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu.	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	Osoba niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

.....
miejsce, data

.....
podpis

Partner projektu



Lider projektu





Preferowane terminy szkoleń:

(Każdy uczestnik może wziąć udział tylko w jednym kursie albo podstawowym, albo zaawansowanym)

Numer edycji	Termin	Miejsce	Poziom	Proszę wstawić X przy wybranym kursie
1.	19-20.08.2017	Dolnośląskie	podstawowy	
2.	26.-27.08.2017	Łódzkie	podstawowy	
3.	09.-10.09.2017	Zachodnio-pomorskie	podstawowy	
4.	16.-17.09.2017	Śląskie	podstawowy	
5.	14-15.10.2017	Dolnośląskie	podstawowy	
6.	21.-22.10.2017	Małopolskie	podstawowy	
7.	18-19.11.2017	Dolnośląskie	podstawowy	
8.	25.-26.11.2017	Łódzkie	podstawowy	
9.	09.-10.12.2017	Kujawsko-pomorskie	podstawowy	
10.	13.-14.01.2018	Śląskie	podstawowy	
11.	20-21.01.2018	Dolnośląskie	zaawansowany	
12.	03.-04.02.2018	Małopolskie	podstawowy	
13.	17-18.02.2018	Dolnośląskie	zaawansowany	
14.	24.-25.02.2018	Łódzkie	podstawowy	
15.	17.-18.03.2018	Zachodnio-pomorskie	podstawowy	
16.	24.-25.03.2018	Śląskie	podstawowy	
17.	07-08.04.2018	Dolnośląskie	zaawansowany	
18.	21.-22.04.2018	Małopolska	podstawowy	
19.	12-13.05.2018	Dolnośląskie	zaawansowany	
20.	19.-20.05.2018	Łódzkie	podstawowy	
21.	09.-10.06.2018	Śląskie	podstawowy	
22.	30.-01.07.2018	Małopolskie	podstawowy	
23.	14-15.07.2018	Łódzkie	podstawowy	
24.	18-19.08.2018	Małopolskie	podstawowy	
25.	25.-26.08.2018	Kujawsko - pomorskie	podstawowy	
26.	01-02.09.2018	Łódzkie	zaawansowany	
27.	15.-16.09.2018	Zachodnio - pomorskie	zaawansowany	
28.	22.-23.09.2018	Śląskie	zaawansowany	
29.	06.-07.10.2018	Kujawsko-pomorskie	podstawowy	
30.	13.-14.10.2018	Małopolskie	zaawansowany	
31.	27.-28.10.2018	Kujawsko -pomorskie	podstawowy	
32.	10-11.11.2018	Kujawsko -pomorskie	podstawowy	
33.	17-18.11.2018	Dolnośląskie	zaawansowany	

Zgoda na umieszczenie na liście rezerwowej:

Czy Pani/Pan, w przypadku niezakwalifikowania się z powodu braku miejsc do uczestnictwa w wybranym terminie kursu, wyrażam zgodę na umieszczenie na liście rezerwowej?

TAK

NIE

Partner projektu

Lider projektu





Załącznik nr 1 Formularz rekrutacyjny

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Doskonalenie zawodowe lekarzy POZ w zakresie profilaktyki i diagnostyki z wykorzystaniem USG”

Ja, niżej podpisany/-a, niniejszym oświadczam, że:

- 1) Zgłaszam z własnej inicjatywy chęć uczestnictwa w projekcie „Doskonalenie zawodowe lekarzy POZ w zakresie profilaktyki i diagnostyki z wykorzystaniem USG”, nr umowy POWR.05.04.00-00-0083/16.
- 2) Zostałem/-am poinformowany/-a, iż Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- 3) Zapoznałem/-am się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa” w Projekcie pt. „Doskonalenie zawodowe lekarzy POZ w zakresie profilaktyki i diagnostyki z wykorzystaniem USG”, nr umowy POWR.05.04.00-00-0083/16, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
- 4) Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w tym Projekcie, zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
- 5) Deklaruję uczestnictwo w całym szkoleniu, równocześnie zobowiązuję się do powiadomienia Klastra Innowacyjna Medycyna, z odpowiednim wyprzedzeniem, o konieczności rezygnacji z udziału w Projekcie.
- 6) Zostałem pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń i oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji Uczestnictwa są zgodne z prawdą.
- 7) Udzielam Klastrowi Innowacyjna Medycyna, nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Klaster Innowacyjna Medycyna działalnością i celami projektu „Doskonalenie zawodowe lekarzy POZ w zakresie profilaktyki i diagnostyki z wykorzystaniem USG”.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby zgłaszającej uczestnictwo w projekcie

Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:

- 1) kopię prawa wykonywania zawodu lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej lub ksero dyplomu
- 2) aktualne zaświadczenie o współpracy z placówką POZ lub oświadczenie w przypadku świadczenia usług podstawowej opieki zdrowotnej jako Świadczeniodawca – jako potwierdzenie kryterium premiującego,
- 3) potwierdzenie ukończenia egzaminu specjalizacyjnego,
- 4) potwierdzenie statusu rezydenta,
- 5) potwierdzenie ukończenia kursu podstawowego z zakresu USG (tylko dla „zaawansowanych”).

Partner projektu



Lider projektu





Załącznik nr 2

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. „**Doskonalenie zawodowe lekarzy POZ w zakresie profilaktyki i diagnostyki z wykorzystaniem USG**”, przyjmuję do wiadomości, iż:

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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
 - 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 2017 r. poz. 1460, 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,
 - 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) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, 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).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Doskonalenie zawodowe lekarzy POZ w zakresie profilaktyki i diagnostyki z wykorzystaniem USG**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Ministerstwu Zdrowia ul. Miodowa 15 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Klaster Innowacyjna Medycyna, ul. Fabryczna 10 D2, 53-609 Wrocław oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu „**Doskonalenie zawodowe lekarzy POZ w zakresie profilaktyki i diagnostyki z wykorzystaniem USG**” - Biuro Doradcze „Dobry Projekt” Joanna Kasprzak-Dzybert oraz Piotr Polański Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego. 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.

Partner projektu



Lider projektu





5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. 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.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie¹:
 - 1) 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,
 - 2) 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,
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - 4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Ministerstwu Zdrowia ul. Miodowa 15 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Klaster Innowacyjna Medycyna, ul. Fabryczna 10 D2, 53-609 Wrocław oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu „**Doskonalenie zawodowe lekarzy POZ w zakresie profilaktyki i diagnostyki z wykorzystaniem USG**” - Biuro Doradcze „Dobry Projekt” Joanna Kasprzak-Dżyberti oraz Piotr Polański Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego. 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.
9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
miejsce, data

.....
podpis

¹ Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.

Partner projektu

Lider projektu





Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE O WSPÓŁPRACY Z PLACÓWKĄ
ŚWIADCZĄCĄ PODSTWOWĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ**

.....
(pieczętka instytucji potwierdzającej - POZ)

Zaświadcza się, że Pan/i

Zameldowany/a

Numer PESEL

współpracuje z naszą placówką w zakresie Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie informujemy, że nasza placówka jest Świadczeniodawcą, która na podstawie zawartej umowy udziela Świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż 1 miesiąc przed dniem postępowania kwalifikacyjnego.

W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą wystawca niniejszego zaświadczenia ponosi odpowiedzialność według przepisów prawa karnego. Zaświadczenie wydaje się na prośbę pracownika, w celu przedłożenia dla potrzeb projektu „Doskonalenie zawodowe lekarzy POZ w zakresie profilaktyki i diagnostyki z wykorzystaniem USG”.

Partner projektu



Lider projektu

