



Załącznik nr 1 do Umowy zlecenie nrz dnia:.....

Ankieta uczestnika projektu RPDS.08.07.00-02-0006/20
„Walcz z kleszczem!”

DANE UCZESTNIKA

Nazwisko

Imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kobieta

Mężczyzna

Adres mailowy

Telefon

ADRES ZAMIESZKANIA

Województwo

Powiat

Gmina

Miejscowość

Ulica / nr domu

Kod poczt.

				-					
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU

Oświadczam, że jestem (zaznacz wszystkie, które dotyczą)

<input type="checkbox"/> Osobą zatrudnioną <input type="checkbox"/> Osobą prowadzącą działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Rolnikiem	Posiadam status osoby pracującej w sektorach wskazanych w Regionalnym Programie Zdrowotnym <input type="checkbox"/> rolnictwo <input type="checkbox"/> łowiectwo <input type="checkbox"/> leśnictwo <input type="checkbox"/> rybołówstwo
	Posiadam status osoby aktywnej w sektorach wskazanych w Regionalnym Programie Zdrowotnym <input type="checkbox"/> rolnictwo <input type="checkbox"/> łowiectwo <input type="checkbox"/> leśnictwo <input type="checkbox"/> rybołówstwo

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, za złożenie nieprawdziwych oświadczeń, potwierdzam prawdziwość złożonych informacji.

DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE ZATRUDNIENIE (zaznacz właściwe)

<input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa zlecenie <input type="checkbox"/> zaświadczenie z zakładu pracy <input type="checkbox"/> wydruk z CEIDG	<input type="checkbox"/> zaświadczenie o odprowadzaniu składek <input type="checkbox"/> potwierdzenie otrzymania wynagrodzenia <input type="checkbox"/> inne, jakie
--	---

Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje pod względem ich zgodności z prawdą

.....
Data

.....
Podpis



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Uczestnictwa w projekcie nr RPDS.08.07.00-02-0006/20 „Walcz z kleszczem!”

W związku z przystąpieniem do projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 pn. Walcz z Kleszczem! przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych jest:
 - a. w odniesieniu do zbioru: Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020 - Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
 - b. w odniesieniu do zbioru: Centralny System Teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa
 - c. w odniesieniu do zbioru: Stowarzyszenie Tworzymy, Biuro projektu; ul. Kolejowa 6, 57-540 Łądek Zdrój
- 2) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
 - a. Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014- 2020, e-mail inspektor@umwd.pl;
 - b. Centralny System Teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, e-mail iod@miir.gov.pl;
- 3) Moje dane osobowe przetwarzane są/będą w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020, a także w celach związanych z odzyskiwaniem środków, celach archiwalnych oraz statystycznych;
- 4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 (lit. b i c) oraz art. 9 ust. 2 (lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych RODO;
- 5) W zakresie zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” moje dane osobowe przetwarzane są 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,
 - 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,
 - 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.
- 6) Odbiorcami moich danych osobowych będą: Instytucja Pośrednicząca RPO WD 2014 – 2020, Beneficjent, Partner (jeśli dotyczy) oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom lub specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WD 2014 – 2020, Instytucji Pośredniczącej RPO WD 2014 – 2020 lub beneficjenta badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014 – 2020;
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby rozliczenia projektu, na potrzeby rozliczenia i zamknięcia RPO WD 2014 – 2020 oraz do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji;
- 8) Podanie danych osobowych jest przez Państwa dobrowolne, ale konieczne do skorzystania z możliwości przeprowadzenia szczepienia.
- 9) Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. W tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy;
- 10) Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uznaję, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) Moje dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej
- 12) Moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania

.....
Data wypełnienia dokumentów

.....
Podpis Uczestnika projektu

LIDER:

Stowarzyszenie TWORZYMY
Ul. Kolejowa 6, 57-540 Łądek-Zdrój

PARTNER:

„RED-DOT” Sp. z o.o.
Ul. Piłsudskiego 95, 50-016 Wrocław

PARTNER:

Specjalistyczna Praktyka Lekarska Maciej Żerebecki
Ul. Wolności 12, 57-540 Łądek-Zdrój



Załącznik nr 2 do Umowy zlecenie nrz dnia:.....

Kwestionariusz przed szczepieniem przeciw Kleszczowemu Zapaleniu Mózgu realizowanego w ramach projektu RPDS.08.07.00-02-0006/20 „**Walcz z kleszczem!**”

DANE UCZESTNIKA

Nazwisko

Imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

wiek

Odpowiedzi na poniższe pytania pozwolą personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można u Pana/Pani w dniu dzisiejszym wykonać szczepienie przeciw KZM. Konieczne może być zadanie dodatkowych pytań przez osobę kwalifikującą. W razie pytań proszę poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienia (tj. pielęgniarkę lub lekarza).

1. Czy w dniu dzisiejszym jest Pan/Pani chora?

TAK NIE NIE WIEM

2. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, szczepionki, pokarmy lub lateks?

TAK NIE NIE WIEM

3. Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/Pani niepożądana reakcja poszczepienna?

TAK NIE NIE WIEM

4. Czy choruje Pan/Pani przewlekle na chorobę: serca, płuc, nerek, astmę, cukrzycę, niedokrwistość lub inną chorobę krwi?

TAK NIE NIE WIEM

5. Czy choruje Pan/Pani na: nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?

TAK NIE NIE WIEM

6. Czy przyjmował/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 3 miesięcy lub aktualnie zażywa/pobiera:

- leki sterydowe (kortyzon, deksametazon, prednizon, encorton, encortolon, hydrokortyzon, metypred, medrol)
- leki cytostatyczne (przeciw nowotworom złośliwym)
- radioterapię (napromieniowanie)
- leczenie przy nieswoistym zapaleniu jelita (np. choroba Crohna)
- leczenie przy zapaleniu stawów lub łuszczycy

TAK NIE NIE WIEM



7. Czy kiedykolwiek występowały u Pana/Pani choroby mózgu, drgawki, zaburzenia ze strony układu nerwowego (np. utraty przytomności, zaburzenia świadomości, niedowład lub porażenie).
- TAK NIE NIE WIEM
8. Czy w ciągu minionego roku otrzymał/a Pan/Pani
- krew lub preparat krwi (np. płytki krwi, osocze, krwinki czerwone)
- TAK NIE NIE WIEM
- lek o nazwie gamma-globulina/immunoglobulina?
- TAK NIE NIE WIEM
- lek przeciwwirusowy/podawany przy ospie wietrznej, opryszczce zwykłej czy półpaścu?
- TAK NIE NIE WIEM
9. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni był/a Pan/Pani szczepiony/a jakąkolwiek szczepionką?
- TAK NIE NIE WIEM
10. Czy jest Pani w ciąży? (pytanie dotyczy tylko kobiet)
- TAK NIE NIE WIEM

Oświadczenie

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na szczepienie przeciw Kleszczowemu Zapaleniu Mózgu (KZM). Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałem/zrozumiałam. Udzielono mi wyczerpującej odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i w pełni rozumiem udzielone mi odpowiedzi.

.....
Data wypełnienia dokumentów

.....
Podpis Uczestnika projektu

Potwierdzenie wykonania kwalifikacji i iniekcji w dniu

.....
Podpis lekarza / pielęgniarki