**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**(dotyczy wykonania badania mammograficznego w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu)**

**Wypełnienie wszystkich poniższych danych jest obowiązkowe** **do wzięcia udziału w projekcie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | l.p. | Nazwa | Dane Uczestnika Projektu |
| Dane Uczestnika | 1. | Imię |  |
| 2. | Nazwisko |  |
| 3.  | Imiona rodziców  |  |
| 4. | Pesel |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Wiek |  |
| 6. | Wykształcenie |  podstawowe gimnazjalne  ponadgimnazjalne  |  policealne wyższe |
| Dane kontaktoweUczestnika | 7. | Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu) |  |
| 8. | Kod pocztowy, Miejscowość |  |
| 9. | Telefon kontaktowy |  |
| 10. | Adres e-mail |  |
| 11. | Gmina |  |
| 12. | Subregion-powiat:  |  m. Wrocław wrocławski milicki  oleśnicki  oławski  |  strzeliński  średzki wołowski  trzebnicki |
| Status Uczestnikana rynku pracy w chwili przystąpieniado projektu | Zatrudniona |  rolnik  samozatrudniony/a  w mikroprzedsiębiorstwie  w małym przedsiębiorstwie  w średnim przedsiębiorstwie  w dużym przedsiębiorstwie  w administracji publicznej w organizacji pozarządowej inne  |
| Zawód |  |
| Miejsce pracy (nazwa firmy, w której jest Pani zatrudniona)  |  |
| Czy należy Pani do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  TAK |  NIE |  ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  TAK  |  NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  TAK |  NIE |  ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących (gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje; wszyscy członkowie są albo bezrobotni albo bierni zawodowo)W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |  TAK NIE |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu |  TAK NIE |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej(inne niż wymienione powyżej) |  TAK NIE |  ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba pierwszy raz przystąpi do badania mammograficznego |  TAK  |  NIE |

………………………………………..………………………………………………

miejsce, data podpis

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji projektu pn. „Realizacja działań edukacyjnych oraz poprawa dostępności usług medycznych w ramach Programu Profilaktyki Raka Piersi w subregionie wrocławskim i m. WROCŁAW W LATACH 2016 – 2018 r.**”** zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 2016, poz. 922)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Realizacja działań edukacyjnych oraz poprawa dostępności usług medycznych w ramach Programu Profilaktyki Raka Piersi w subregionie wrocławskim i m. WROCŁAW W LATACH 2016 – 2018 r.**”** o numerze RPDS.08.07.00-02-0009/16 (zwanym dalej „projektem”) oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych jest Minister Rozwoju, mający siedzibę przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.

2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020, jest Marszałek Województwa Dolnośląskiego, mający siedzibę przy ul. Wybrzeże Słowackiego 12-14, 50-114 Wrocław.

3. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 1 i 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016, poz. 922)

4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie 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.

5. Moje dane osobowe zostaną przekazane do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 - 2020 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.

6. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 - 2020, beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 - 2020, Instytucji Pośredniczącej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 - 2020 oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014 – 2020.

7. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

8. Po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020.

9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

………………………………………..………………………………………………

miejsce, data podpis