

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY W PROJEKCIE PN.

„Szkolenie personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych”
w ramach Narodowego Programu Zdrowia

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię:

Nazwisko:

Zawód:

- lekarz
- pielęgniarka/położna
- psycholog
- inne – jaki?

Miejsce zatrudnienia:

Email:

Numer telefonu:

Czy w ostatnich 12 miesiącach brał Pan/Pani udział w szkoleniach dotyczących leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu?

- tak
- nie

Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnościami?

- tak
- nie

Czy ma Pan/Pani specjalne preferencje żywieniowe?

.....

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

- w przypadku zakwalifikowania mnie do projektu zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich wykładach i warsztatach przewidzianych w szkoleniu,
- w przypadku niezgłoszenia rezygnacji ze szkolenia w wybranym przeze mnie terminie nie później niż 14 dni przed dniem jego rozpoczęcia, zobowiązuję się do zwrócenia kosztów związanych z zakwaterowaniem i wyżywieniem uczestnika,
- zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa projektu,
- zostałem/zostałam poinformowana/y, że projekt jest realizowany ,
- wyrażam zgodę na udział w monitoringu, badaniach ankietowych w trakcie i po zakończeniu projektu.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenie lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

.....

Miejsce i data

Podpis uczestnika projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Szkolenie personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych** w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, realizowanego na podstawie Umowy z Ministrem Zdrowia nr 6/2/2/NPZ/FRPH/2018/97/93 z dn. 29.05.2018 r. oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”:

1. Administratorem danych osobowych Zleceniobiorcy jest Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Warszawie.
2. Dane osobowe Uczestnika Projektu przetwarzane będą jedynie w celu realizacji Projektu .
3. Dane osobowe Uczestnika Projektu nie są i nie będą udostępniane innym odbiorcom poza przypadkami, gdy taki obowiązek wynika z przepisów powszechnie obowiązującego prawa lub została na to wyrażona zgoda.
4. Dane osobowe Uczestnika Projektu będą przechowywane przez okres 50 lat od dnia zakończenia Projektu.
5. Uczestnik Projektu posiada prawo dostępu do swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, o ile jest to zgodne z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
6. Uczestnik Projektu ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna, że przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. Dane osobowe Uczestnika Projektu nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej -Curie w Warszawie, ul. Wawelska 15B: iod@coi.pl

.....
Miejsce i data

.....
Podpis uczestnika