



**REGULAMIN  
REALIZACJI PROJEKTU  
PT. „PROFILAKTYKA POPRZEZ SZKOLENIA I DOPOSAŻENIE MIEJSC PRACY  
CELEM UŁATWIENIA POZOSTANIA W ZATRUDNIENIU”**

**§ 1**

Terminy użyte w niniejszym Regulaminie oznaczają:

- 1) **Projekt** – przedsięwzięcie pt. „Profilaktyka poprzez szkolenia i wyposażenie miejsc pracy celem ułatwienia pozostania w zatrudnieniu” współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020, poddziałanie 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej, na podstawie umowy UDA-RPSL 08.03.02-24-0538/17-00;
- 2) **Szpital/Beneficjent** – Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu;
- 3) **Pracownik** – osoba zatrudniona w Szpitalu na umowę o pracę;
- 4) **Grupy docelowe** – grupy pracownicze w Szpitalu, uprawnione do ubiegania się o udział w Projekcie;
- 5) **Kandydat** – pracownik Szpitala ubiegający się o udział w Projekcie;
- 6) **Uczestnik Projektu** – pracownik Szpitala zakwalifikowany do realizacji Projektu;
- 7) **Badania ewaluacyjne** – proces zbierania, analizowania i wartościowania danych w celu dostarczenia wiedzy niezbędnej do podjęcia decyzji dotyczących przyszłych działań. Ewaluacja może dotyczyć dokumentów, działań, procesów, osób, rezultatów itp. Ewaluacja jest procesem ciągłym, a jej wyniki służą poprawie i doskonaleniu prowadzonych działań.

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§ 2**

1. Regulamin określa warunki uczestnictwa w Projekcie, proces rekrutacji oraz prawa i obowiązki pracowników Szpitala w Projekcie.
2. Głównym celem Projektu jest poprawa warunków i komfortu pracy określonych grup docelowych, aby ułatwić im pozostanie w zatrudnieniu z zachowaniem dobrego stanu zdrowia.
3. Projekt realizowany jest w oparciu o wyniki przeprowadzonej „Analizy występowania niekorzystnych czynników zdrowotnych w Beskidzkim Zespole Leczniczo – Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu” na podstawie badania ankietowego.



4. Realizacja Projektu opiera się o zasady równości szans kobiet i mężczyzn oraz zasadę zapobiegania dyskryminacji.
5. Projekt składa się z 4 zadań:
  - 1) organizacji szkoleń i warsztatów, których zestawienie zawiera **załącznik nr 1**,
  - 2) doposażenia stanowisk pracy,
  - 3) zakupu środków trwałych,
  - 4) zakupu okularów korekcyjnych.
6. Zestawienie środków trwałych oraz przedmiotów stanowiących wyposażenie stanowisk pracy, podlegających procedurom zakupowym w ramach Projektu, zawiera **załącznik nr 2**.
7. Projekt realizowany jest w okresie od 31.01.2018 r. do 31.12.2018 r.
8. Miejscem realizacji Projektu jest siedziba Szpitala.
9. Osobą odpowiedzialną za zarządzanie Projektem jest: mgr Marta Pierzchała – Kierownik Działu Organizacyjno – Logistycznego (tel. wew. 506).
10. Stroną internetową Projektu jest: [www.rehabilitacja-jaworze.com.pl](http://www.rehabilitacja-jaworze.com.pl).

### Grupy docelowe

#### § 3

Projekt skierowany jest do następujących grup docelowych (pracowniczych):

- fizjoterapeutów,
- pielęgniarek/pielęgniarzy,
- lekarzy,
- innych pracowników medycznych (psycholodzy, logopedzi, terapeuci zajęciowi, farmaceuta, technik rtg, pracownicy Pracowni Analitycznej, Izby Przyjęć oraz Działu Statystyki Medycznej i rozliczeń z NFZ),
- pracowników administracyjnych,
- pracowników gospodarczych i obsługi (robotnicy wykwalifikowani, kierowcy, salowe),
- pracowników kuchni (kucharki, dietetyczka).

### Organizacja zadań

#### § 4

1. Szkolenia/warsztaty odbywają się w cyklach maksymalnie 4-godzinnych (/dzień), w grupach maksymalnie 12-osobowych.
2. Jednostką rozliczeniową szkolenia/warsztatu jest godzina lekcyjna tzn. 45 minut.
3. W ramach szkoleń/warsztatów Uczestnicy Projektu otrzymują materiały/zestawy szkoleniowe oraz catering.



4. Zadanie dotyczące zakupu okularów skierowane jest do fizjoterapeutów, pielęgniarek i lekarzy, którzy we własnym zakresie wykonają badania okulistyczne, stanowiące podstawę do ubiegania się o zakup okularów.
5. Dofinansowanie do zakupu okularów korekcyjnych dla wytypowanego Uczestnika Projektu wyniesie 250,00 zł (brutto).

## WARUNKI UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

### § 5

1. Uczestnikami Projektu mogą zostać osoby zatrudnione w Szpitalu na umowę o pracę, a kryterium dopuszczającym do udziału w Projekcie jest przynależność do grup docelowych określonych w § 3.
2. Beneficjent określił ograniczoną liczbę miejsc w poszczególnych grupach docelowych.
3. Punktowe kryteria wyboru:
  - staż pracy – za udokumentowany staż pracy kandydaci będą otrzymywali punkty w zależności od lat pracy na danym stanowisku objętym Projektem, tj.: 1 rok = 1 punkt,
  - posiadanie ze Szpitalem umowy o pracę na czas nieokreślony (1 punkt).
  - minimalna liczba punktów: 4.
4. Zakup okularów podlega kryterium punktowemu na podstawie stwierdzonej wady wzroku tj:
  - 0,5 – 1 dioptri = 1 punkt,
  - 1 – 2 dioptri = 2 punkty,
  - powyżej 2 dioptri = 3 punkty.
5. W przypadku realizacji zadania dotyczącego zakupu okularów kryterium wyboru Kandydatów będzie potwierdzona na piśmie wada wzroku, a kryterium rozstrzygającym kolejność zgłoszeń.
6. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie mniejszej niż zaplanowana liczba Kandydatów, Beneficjent rozważy zmianę punktacji. Punktacja zostanie obniżona.
7. W sytuacji, gdy kandydatów spełniających wszystkie podane wymagania będzie zbyt wielu, kryterium rozstrzygającym będzie kolejność zgłoszeń lub przedłożenie zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia, stwierdzające rozpoznanie choroby układu ruchu.

## PROCES REKRUTACJI

### § 6

1. Rekrutacja odbywać się będzie z należytą starannością.
2. Procedura rekrutacyjna złożona jest z następujących etapów:
  - 1) umieszczenia ogłoszeń o możliwości uczestnictwa w Projekcie,
  - 2) przyjmowania podań o uczestnictwo,





- 3) wstępnej oceny kandydatów przez Pracownika ds. Kadr i Szkolenia,
  - 4) weryfikacji kandydatów przez Pracownika ds. Kadr i Szkolenia oraz bezpośredniego przełożonego,
  - 5) wyłonienia osób do Projektu na podstawie ustalonych kryteriów,
  - 6) podpisania deklaracji uczestnictwa.
3. Rekrutacja na poszczególne zadania odbywać się będzie w wyznaczonych terminach, o których pracownicy Szpitala zostaną poinformowani poprzez wywieszenie ogłoszeń na tablicach informacyjnych w Szpitalu, zawieszenie ogłoszeń w formie elektronicznej na stronie internetowej Projektu oraz rozesłanie informacji za pomocą IMB Notes 9 (biurko elektroniczne).
  4. Punkt Rekrutacyjny znajduje się w Kadrach w budynku „Maria” I p. pok. 7.

### Dokumenty rekrutacyjne

#### § 7

1. Wzory formularzy rekrutacyjnych:
  - 1) Podanie o uczestnictwo w Projekcie, stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu;
  - 2) Dane Uczestników Projektu, stanowi **załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu;
  - 3) Oświadczenie Uczestnika Projektu, stanowi **załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu;
  - 4) Deklaracja uczestnictwa w działaniach projektowych stanowi **załącznik nr 6** do niniejszego.
2. Pobranie formularza podania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, następuje:
  - w Punkcie Rekrutacyjnym od poniedziałku do piątku od 7:00 do 14:30,
  - ze strony internetowej Projektu,
  - z informacji na biurku elektronicznym.
3. Składanie wypełnionych podań odbywać się będzie w Punkcie Rekrutacyjnym od poniedziałku do piątku od 7:00 do 14:30 w terminach określonych w ogłoszeniach.
4. Podania, które wpłyną po wyznaczonych terminach nie będą rozpatrywane i zostaną odrzucone. O dotrzymaniu terminu przez Kandydata decyduje data przyjęcia podania.
5. Złożenie podania, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w realizacji Projektu.
6. Wzory formularzy, określone w ust. 1 pkt 2 – 4 wypełnia pracownik zakwalifikowany do udziału w Projekcie.

### Kwalifikacja Kandydatów do udziału w Projekcie

#### § 8

1. W wyniku oceny i weryfikacji podań Kandydatów Pracownik ds. Kadr i Szkolenia tworzy listę osób kwalifikujących się do realizacji Projektu tzw. listę rankingową.
2. O wynikach rekrutacji wyłonieni Kandydaci zostaną poinformowani telefonicznie lub osobiście.
3. Wyłonieni Kandydaci przedstawiają wypełnione formularze, określone w § 7 ust. 1 pkt 2 – 4.



4. Należy złożyć kompletne formularze rekrutacyjne.
5. Beneficjent zastrzega sobie prawo i możliwość wezwania osoby składającej dokumenty rekrutacyjne w celu udzielenia wyjaśnień bądź uzupełnienia.
6. W przypadku braku kwalifikacji do realizacji Projektu złożone podania Kandydatów nie podlegają zwrotowi.

### Rejestracja Uczestników Projektu

#### § 9

Dane Uczestników Projektu zostaną wpisane do Lokalnego Systemu Informatycznego (LSI) w zakresie modułu PEFS umożliwiającego wymianę danych zgodnie w wytycznymi ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020.

### PRAWA I OBOWIĄZKI UCZESTNIKA PROJEKTU

#### § 10

1. Udział w Projekcie jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Udział w Projekcie jest bezpłatny.

#### § 11

Uczestnik Projektu spełnia wymagania i akceptuje wszystkie zapisy niniejszego Regulaminu.

#### § 12

*Uczestnik Projektu zobowiązany jest do:*

- 1) *przedkładania wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu.*
- 2) *uczestniczenia w prowadzonych w ramach Projektu zadaniach, akceptując terminy i miejsca wyznaczone przez Beneficjenta,*
- 3) *punktualności i rzetelności,*
- 4) *uczestniczenia w minimum 80 % czasu przewidzianego na dane szkolenie/warsztaty;*
- 5) *uzupełniania wszelkiej dokumentacji, związanej z realizacją Projektu, a w szczególności do: podpisywania list obecności, potwierdzania odbioru materiałów/zestawów szkoleniowych, cateringu i zaświadczeń oraz innych dokumentów wskazanych przez Beneficjenta, a związanych z realizacją Projektu,*



- 6) *przestrzegania zasad obowiązujących na poszczególnych etapach realizacji Projektu,*
- 7) *współpracy z osobami zaangażowanymi w realizację Projektu,*
- 8) *powiadamiania o okolicznościach mających wpływ na brak możliwości uczestnictwa w Projekcie,*
- 9) *zgłaszania najpóźniej 3 dni przed szkoleniem/warsztatami braku możliwości uczestniczenia,*
- 10) *informowania o każdej zmianie danych osobowych oraz zmianie miejsca zamieszkania.*

### § 13

W przypadku zgłoszenia Uczestnika Projektu o braku możliwości uczestnictwa w danym szkoleniu/warsztacie Beneficjent wyłoni w jego miejsce nowego Uczestnika Projektu z listy rankingowej w danej grupie docelowej.

### § 14

1. Wykluczenie Uczestnika Projektu z udziału w Projekcie w trakcie jego trwania następuje w przypadku rozwiązania umowy o pracę.
2. Wykluczenie Uczestnika Projektu z udziału w Projekcie w trakcie jego trwania może nastąpić z powodów losowych, które uniemożliwią Uczestnikowi dalszy udział w Projekcie. Fakt ten należy odnotować w dokumentacji rekrutacyjnej.
3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2, Beneficjent przeprowadzi dodatkową, śródprojektową rekrutację, opartą o przyjęte kryteria wyboru Uczestników Projektu, a w przypadku zbyt dużej liczby chętnych kryterium rozstrzygającym będzie kolejność na liście rankingowej.

### § 15

Nie podlegają zwrotowi materiały/zestawy szkoleniowe przekazane Uczestnikom Projektu.

## BIURO PROJEKTU

### § 16

Biuro projektu znajduje się w Dziale Organizacyjno – Logistycznym w budynku „Maria” I p. pok. 3.

## OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

### § 17

1. Przetwarzanie danych osobowych Uczestników Projektu odbywa się zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
2. Przetwarzanie danych osobowych Uczestników Projektu następuje wyłącznie w celu umożliwienia realizacji Projektu i zbierania wymaganych niezbędnych danych do ewaluacji i monitoringu na temat





- Uczestników Projektu podmiotom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenia Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.
3. Zakres przetwarzanych danych osobowych określa załącznik nr 2.
  4. Do przetwarzania danych osobowych Uczestników Projektu dopuszczone są osoby posiadające imienne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych, których ewidencja znajduje się w Biurze Projektu.
  5. Wzór upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowi **załącznik nr 7** do niniejszego Regulaminu.
  6. Wzór odwołania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowi **załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu.
  7. Beneficjent zobowiązany jest do zawierania umów powierzenia danych osobowych Uczestników Projektu innym podmiotom świadczącym usługi na rzecz Beneficjenta w związku z realizacją Projektu.
  8. Beneficjent prowadzi wykaz podmiotów, o których mowa w ust. 7, dostępny do wglądu w Biurze Projektu.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 18

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo do zmiany zapisów w treści niniejszego Regulaminu oraz innych dokumentów rekrutacyjnych w każdym czasie.
2. Nadzór nad realizacją Projektu oraz rozstrzyganie spraw nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie należy do Dyrektora Szpitala.
3. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej.

### § 19

Niniejszy Regulamin dostępny jest w Biurze Projektu, w Kadrach oraz na stronie internetowej Projektu.

### § 20

Regulamin obowiązuje od dnia jego podpisania w całym okresie realizacji Projektu.

**DYREKTOR**  
*dr n. med Grażyna Habdas*







Załącznik nr 1

Zestawienie szkoleń i warsztatów

L.p.	Przedmiot szkolenia	Liczba godzin lekcyjnych	Grupa docelowa
1.	Udzielanie pierwszej pomocy	8	fizjoterapeuci, inni medyczni, pracownicy gospodarczy i obsługi, pracownicy kuchni
2.	Efektywne sposoby radzenia sobie ze stresem	8	fizjoterapeuci, pielęgniarki, lekarze, administracja, inni medyczni
3.	Wypalenie zawodowe i sposoby przeciwdziałania temu zjawisku	8	pielęgniarki, lekarze, administracja
4.	Jak dbać o kręgosłup w pracy pielęgniarki i lekarza?	4	pielęgniarki, lekarze
5.	Jak dbać o kręgosłup w pracy biurowej?	4	administracja, inni medyczni
6.	Jak dbać o kręgosłup w pracy obciążającej kręgosłup	4	pracownicy gospodarczy i obsługi, pracownicy kuchni

L.p.	Przedmiot warsztatów	Liczba godzin lekcyjnych	Grupa docelowa
1.	Efektywna komunikacja z pacjentem i jego rodziną	8	fizjoterapeuci, pielęgniarki, lekarze, inni medyczni,
2.	Doskonalenie umiejętności komunikacyjnych w zespole pracowniczym	8	fizjoterapeuci, pielęgniarki, lekarze, administracja, inni medyczni, pracownicy gospodarczy i obsługi, pracownicy kuchni
3.	Jak pracować pod presją czasu w pracy biurowej?	8	administracja

**DYREKTOR**  
*dr n. med Grażyna Habdas*





Załącznik nr 2

Zestawienie środków trwałych oraz przedmiotów stanowiących wyposażenie stanowisk pracy

L.p.	Przedmiot zakupu	Ilość (szt.)	Grupa docelowa
1.	obuwie ortopedyczne- sandały	60	fizjoterapeuci, pielęgniarki, lekarze
2.	mysz komputerowa wertykalna	29	lekarze, administracja, pracownicy inni medyczni
3.	podkładka żelowa pod mysz	56	fizjoterapeuci, pielęgniarki, lekarze, administracja, pracownicy inni medyczni
4.	podnózek biurowy	56	fizjoterapeuci, pielęgniarki, lekarze, administracja, pracownicy inni medyczni
5.	podstawa pod monitor	47	pielęgniarki, lekarze, administracja, pracownicy inni medyczni
6.	ergonomiczna podpórka pod plecy	44	fizjoterapeuci, pielęgniarki, lekarze, administracja
7.	ergonomiczna podkładka pod plecy dla kierowcy	2	pracownicy gospodarczy i obsługi
8.	ergonomiczne krzesło obrotowe z podparciem lędźwiowym oraz regulacją wysokości	58	fizjoterapeuci, pielęgniarki, lekarze, administracja, pracownicy inni medyczni, pracownicy kuchni
9.	ergonomiczny stołek z pompowanym siedziskiem tapicerowanym eko-skórą	4	fizjoterapeuci
10.	fotel do pobierania krwi regulowany elektrycznie	1	pracownicy inni medyczni
11.	deska poślizgowa do transportu pacjentów	4	fizjoterapeuci
12.	urządzenie rolkowe do transportu pacjentów	4	pielęgniarki
13.	łatwoślizgi	26	pielęgniarki
14.	balkonik Ambona z kołami tylnymi wyposażonymi w hamulce	2	fizjoterapeuci
15.	podnośnik transportowo-kąpielowy przejezdny elektryczny wraz z siedziskiem transportowo-kąpielowym stabilizującym głowę (ST)	1	pielęgniarki
16.	wanienka do mycia głowy w łóżku	3	pielęgniarki
17.	wózek transportowo-kąpielowy z regulacją hydrauliczną (ST)	1	pielęgniarki
18.	wózek archiwizacyjny	2	administracja, pracownicy inni medyczni
19.	wózek do transportu po schodach	1	pracownicy gospodarczy i obsługi
20.	wózek paletowy	1	pracownicy gospodarczy i obsługi
21.	wózek platformowy jednoburtowy	1	pracownicy gospodarczy i obsługi
22.	wózek transportowy pod beczkę 200l	2	pracownicy gospodarczy i obsługi
23.	wózek platformowy z hamulcami	1	pracownicy kuchni
24.	wózek transportowy czteroślizgowy	2	pracownicy kuchni
25.	wózek kelnerski trzypółkowy	2	pracownicy kuchni
26.	hydrauliczny wózek podnoszący	1	pracownicy kuchni
27.	podnośnik do przewożenia ciężkich ładunków	1	pracownicy gospodarczy i obsługi
28.	pasy do przenoszenia	2	pracownicy gospodarczy i obsługi
29.	drabina magazynowa jezdna	1	pracownicy gospodarczy i obsługi
30.	mop do mycia okien na wysokości	4	pracownicy gospodarczy i obsługi
31.	bemary do przewozu żywności	5	pracownicy kuchni
32.	wielofunkcyjny traktor ogrodowy (ST)	1	pracownicy gospodarczy i obsługi
33.	przyczepka do traktora (ST)	1	pracownicy gospodarczy i obsługi

DYREKTOR

dr n. med. Grażyna Habdas







Data i godzina przyjęcia podania	Podpis pracownika ds. Kadr i Szkolenia	Uwagi
----------------------------------	--	-------

## PODANIE O UCZESTNICTWO W PROJEKCIE

pt. „Profilaktyka poprzez szkolenia i doposażenie miejsc pracy celem ułatwienia pozostania w zatrudnieniu”

### Dane personalne Kandydata:

Imię i nazwisko .....

Stanowisko .....

Telefon prywatny .....

Adres e-mail .....

Kryteria wyboru uczestników	Opis kryterium	Oświadczenie Kandydata:	Weryfikacja informacji przez pracownik ds. Kadr i Szkoleń (liczba punktów)
Staż pracy	Kandydat otrzyma punkty w zależności od lat pracy na danym stanowisku objętym projektem, tj.: 1 rok = 1 punkt	Na stanowisku pracy objętym projektem jestem zatrudniony .....lat	.....punktów
Umowa na czas nieokreślony	Za posiadanie ze Szpitalem umowy o pracę na czas nieokreślony Kandydat otrzyma dodatkowo 1 punkt	Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony/ Nie jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony*	.....punktów
Suma punktów:	Minimalna liczba punktów kwalifikująca do projektu: 4 W przypadku wystąpienia problemów ze zgromadzeniem określonej liczby uczestników liczba punktów zostanie obniżona.	Nie dotyczy	.....punktów

**Wypełniają wyłącznie pracownicy zatrudnieni na stanowiskach: fizjoterapeuta, pielęgniarka i lekarz**

Oświadczam, iż posiadam/ nie posiadam\* stwierdzonej wady wzroku ..... dioptrii.

Badanie okulistyczne wykonam we własnym zakresie, a wyniki badań prześlę Pracownikowi ds. Kadr i Szkolenia.

- I. Kryterium punktowe=wada wzroku (D=dioptrii).  
0,5-1 D = 1 pkt  
1-2 D = 2 pkt  
pow. 2 D = 3 pkt
- II. Kryterium rozstrzygające=kolejność zgłoszeń.

Do niniejszego podania przedkładam /nie przedkładam zaświadczenie/a lekarskie o stanie zdrowia, stwierdzające rozpoznanie choroby układu ruchu.

**DYREKTOR**

*dr n. med Grażyna Habdas*

\*-niepotrzebne skreślić

.....  
(Data i podpis Kandydata)

---

Potwierdzenie

**Wypełnia bezpośredni przełożony Kandydata:**

Potwierdzam/ nie potwierdzam\* informacje/i przekazanych przez Kandydata w ww. oświadczeniu.

.....  
(Data i podpis bezpośredniego przełożonego)

---

**Wypełnia Pracownik ds. Kadr i Szkolenia:**

Kandydat otrzymał .....punktów. W związku z powyższym Kandydat wstępnie został zakwalifikowany/  
nie został zakwalifikowany\* do Projektu.

Potwierdzam zakwalifikowanie/niezakwalifikowanie\* Kandydata do otrzymania dofinansowania za zakup  
okularów. Kandydat otrzymał .....punktów.

.....  
(Data i podpis Pracownika ds. Kadr i Szkolenia)

---

Potwierdzam zakwalifikowanie/niezakwalifikowanie\* Kandydata do udziału w Projekcie w grupie docelowej:

.....  
(fizjoterapeutów, pielęgniarek, lekarzy, innych pracowników medycznych, pracowników administracyjnych,  
pracowników gospodarczych i obsługi, pracowników kuchni)

W związku z powyższym poinformowano Kandydata telefonicznie/osobiście\* o udziale w Projekcie.

.....  
(Data i podpis Pracownika ds. Kadr i Szkolenia)

**DYREKTOR**

\*-niepotrzebne skreślić *ni*, *med. Grażyna Habdas*

*M*





Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Instytucja Zarządzająca powierza Beneficjentowi do przetwarzania następujący zbiór danych osobowych w zakresie dofinansowanego projektu zawierający kategorie danych osobowych:

### Dane uczestników projektów RPO WSL 2014-2020

- a) nazwiska i imiona
- b) adres zamieszkania lub pobytu
- c) PESEL
- d) miejsce pracy
- e) zawód
- f) wykształcenie
- g) numer telefonu
- h) wiek
- i) adres email
- j) informacja o bezdomności
- k) sytuacja społeczna i rodzinna
- l) migrant
- m) pochodzenie etniczne
- n) stan zdrowia

- zakres danych zgodny z załącznikiem nr I do 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. U. UE. z 2013 r. L 347/470):

	Lp.	Nazwa	
Dane uczestnika	1	Imię*	
	2	Nazwisko*	
	3	PESEL*	
	4	Kraj*	
	5	Rodzaj uczestnika*	
	6	Nazwa Instytucji*	
	7	Płeć*	
	8	Wiek w chwili przystąpienia do projektu*	
	9	Wykształcenie*	
Dane kontaktowe uczestnika	10	Województwo*	
	11	Powiat*	
	12	Gmina*	
	13	Miejscowość*	
	14	Ulica*	
	15	Nr budynku*	
	16	Nr lokalu*	
	17	Kod pocztowy*	
	18	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
	19	Telefon kontaktowy*	
	20	Adres e-mail*	


DYREKTOR

dr n. med Grażyna Habdas

Szczegóły i rodzaj wsparcia	21	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	22	Data zakończenia udziału w projekcie	
	23	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu*	
	24	Wykonywany zawód*	
	25	Zatrudniony w *	
	26	Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
	27	Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
	28	Inne rezultaty dotyczące osób młodych	
	29	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	
	30	Rodzaj przyznanego wsparcia	
	31	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
	32	Data zakończenia udziału we wsparciu	
	33	Data założenia działalności gospodarczej	
	34	Kwota przyznaných środków na założenie działalności gospodarczej	
	35	PKD założonej działalności gospodarczej	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	36	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
	37	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
	38	Osoba z niepełnosprawnościami	
	39	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	
	40	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	
	41	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	
	42	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	
	43	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu	

\*dane obowiązkowe

DYREKTOR

 Grażyna Habdas





Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## WZÓR OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Profilaktyka poprzez szkolenia i doposażenie miejsc pracy celem ułatwienia pozostania w zatrudnieniu**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL 2014-2020), mający siedzibę przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice;
2. Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WSL 2014-2020;
3. Podanie danych przez uczestnika projektu jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w projekcie. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
4. Dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020. W odniesieniu do zbioru „Dane uczestników projektów RPO WSL na lata 2014 – 2020” podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 oraz art. 27 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) w powiązaniu z aktami prawnymi w tym:
  - a) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
  - b) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
  - c) Ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.);
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Beskidzkiemu Zespołowi Leczniczo – Rehabilitacyjnemu Szpitalowi Opieki Długoterminowej w Jaworzu, ul. Słoneczna 83, 43-384 Jaworze oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu ----- (nazwa i adres ww. podmiotów);
6. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone do przetwarzania podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta;
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa. Dane będą także przekazywane do Centralnego Systemu Teleinformatycznego prowadzonego przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4 00-926 Warszawa;
8. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem ;

DYREKTOR

dr n. med Grażyna Habdas



9. ~~W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem\*\*;~~
10. Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluację/analizę/ekspertyzę na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta;
11. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*

\*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.  
\*\*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu)

**DIREKTOR**

*Grażyna Habdas*



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny

 Śląskie.

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



<b>Grupa docelowa (wypełnia Pracownik ds. Kadr i Szkolenia)</b>	<b>Uwagi</b>
---	--------------

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

### pt. „Profilaktyka poprzez szkolenia i doposażenie miejsc pracy celem ułatwienia pozostania w zatrudnieniu”

Ja, niżej podpisany/a .....

zatrudniony/a na stanowisku .....

urodzony/a ....., zamieszkały/a .....  
(data) (adres)

niniejszym oświadczam, iż:

- wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w w/w Projekcie oraz deklaruje gotowość udziału w formach wsparcia w Projekcie przeznaczonych dla danej grupy docelowej, do których zostałem/zostałam zakwalifikowany/a przez Szpital,
- zostałem/am poinformowany/a, że w/w Projekt „jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020”,
- zostałem/am zapoznany/a z Regulaminem realizacji Projektu w/w i akceptuję jego warunki,
- wyrażam zgodę na utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach oraz publikowanie zdjęć na stronie internetowej w/w Projektu,
- zobowiązuję się do podpisywania list obecności na szkoleniach/warsztatach,
- spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w w/w Projekcie i zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Uczestnika/- czki Projektu

**DYREKTOR**

dr n. med. Grażyna Habdas







Fundusze Europejskie  
Program Regionalny

 Śląskie.

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



### UPOWAŻNIENIE nr \_\_\_\_\_ DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem 02.01.2018 r., na podstawie:

- art. 37, w związku z art. 31 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. z 2016 r. poz. 922)
- Umowy nr UDA-RPSL 03.03.02-24-0538/17-00, z dn. 02.01.2018 r. o dofinansowanie projektu pt. „**Profilaktyka poprzez szkolenia i wyposażenie miejsc pracy celem ułatwienia pozostania w zatrudnieniu**”, upoważniam Panią/Pana\*: ..... do przetwarzania danych osobowych w zbiorze:

### DANE UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW RPO WSL 2014-2020

w zakresie realizacji powyższego projektu.

Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pani/Pana\* zatrudnienia w Beskidzkim Zespole Leczniczo – Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu lub z chwilą jego odwołania lub z chwilą zakończenia realizacji projektu.

.....  
Czytelny podpis osoby upoważnionej do wydawania  
i odwoływania upoważnień w imieniu Beneficjenta.

### OŚWIADCZENIA OSOBY UPOWAŻNIANEJ

Oświadczam, że zapoznałem/am\* się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. z 2016 r. poz. 922), a także z obowiązującymi w Beskidzkim Zespole Leczniczo – Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu Polityką bezpieczeństwa oraz Instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

DYREKTOR

 Grażyna Hubdas

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych i sposobów ich zabezpieczeń, zgodnie z art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. z 2016 r. poz. 922), również po ustaniu zatrudnienia, odwołaniu upoważnienia, upływie jego ważności.

Mam świadomość odpowiedzialności karnej wynikającej z 49 i art. 51-52 Ustawy o ochronie danych osobowych, a także art. 266 Kodeksu karnego.

.....  
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

\*niepotrzebne skreślić

DYREKTOR

dr n. med Grażyna Haldaś



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA nr \_\_\_\_\_  
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem ..... odwołuję upoważnienie Pani/Pana\* .....  
nr ..... do przetwarzania danych osobowych wydane w dniu ..... na podstawie:

- art. 37, w związku z art. 31 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 922),
- Umowy nr UDA-RPSL 03.03.02-24-0538/17-00, z dn. 02.01.2018 r. o dofinansowanie projektu pt. „**Profilaktyka poprzez szkolenia i wyposażenie miejsc pracy celem ułatwienia powrotu do zatrudnienia**”.

.....  
Data, czytelny podpis osoby upoważnionej do wydawania  
i odwoływania upoważnień w imieniu Beneficjenta.

\*niepotrzebne skreślić

DYREKTOR

dr n. med Grzegorz Hubdas

