

## REGULAMIN REALIZACJI PROJEKTU PT. „SZPITAL DLA PRACOWNIKA”

### § 1

Terminy użyte w niniejszym Regulaminie oznaczają:

- 1) **Projekt** – przedsięwzięcie pt. „Szpital dla pracownika” 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;
- 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 wyeliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka poprzez poprawę warunków i komfortu pracy grup docelowych, tj. fizjoterapeutów, pielęgniarek oraz pracowników obsługi, aby ułatwić im pozostanie w zatrudnieniu.
3. Projekt realizowany jest w oparciu o wyniki przeprowadzonej „Analizy występowania niekorzystnych czynników zdrowotnych w Beskidzkim Zespole Leczniczo – Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu” stanowiącej załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora nr 6/2021 z dnia 02.02.2021 r. wykonanej na podstawie badania ankietowego, danych kadrowych oraz danych dotyczących ryzyka na poszczególnych stanowiskach pracy.
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,
  - 2) zakup sprzętów – fizjoterapeuci,
  - 3) zakup sprzętów i środków trwałych – pielęgniarki,
  - 4) zakup sprzętów i środków trwałych – pracownicy obsługi.
6. Projekt realizowany jest w okresie od 01.09.2021 r. do 31.03.2022 r.
7. Miejszem realizacji Projektu jest siedziba Szpitala.
8. Biuro projektu znajduje się w Dziale Organizacyjno – Logistycznym w budynku „Maria” I p. pok. 3.
9. Osobą odpowiedzialną za zarządzanie Projektem jest: mgr Marta Kwiatkowska – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno – Eksploatacyjnych.
10. Stroną internetową Projektu jest: *rehabilitacja-jaworze.com.pl*.

### Grupy docelowe

#### § 3

Projekt skierowany jest do następujących grup docelowych (pracowniczych): fizjoterapeutów, pielęgniarek, pracowników obsługi.

### Organizacja zadań

#### § 4

1. Zestawienie tematyczne szkoleń i warsztatów określa **Załącznik nr 1**.
2. Szkolenia/warsztaty będą odbywały się w cyklach po 4 godziny edukacyjne w ustalone dni, w grupach maksymalnie 12-osobowych.
3. Jednostką rozliczeniową szkolenia/warsztatu jest godzina edukacyjna (lekcyjna) tzn. 45 minut.
4. Szkolenia/warsztaty odbywają się w sali konferencyjnej/świetlicy, która jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych, wyposażonej w krzesła, stoły, flipchart, rzutnik, mikrofon bezprzewodowy, nagłośnienie oraz bezprzewodowy dostęp do Internetu.
5. W ramach szkoleń/warsztatów Uczestnicy Projektu otrzymują zestawy szkoleniowe oraz poczęstunek kawowy.
6. Zestawienie sprzętów oraz środków trwałych, podlegających procedurom zakupowym w ramach Projektu, określa **Załącznik nr 2**.
7. W ramach realizacji zadań zakupowych przewiduje się zakupić środki ochrony osobistej przystosowujące do realizacji działań w sytuacji pandemii COVID-19.

### WARUNKI UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

#### § 5

1. Uczestnikami Projektu mogą zostać osoby zatrudnione w Szpitalu na umowę o pracę w wymiarze min. 0,5 etatu, przynależne do grup docelowych, określonych w § 3.



2. Beneficjent określił ograniczoną liczbę miejsc w poszczególnych grupach docelowych tzn.:
  - fizjoterapeuci – 31 osób (23K, 8M),
  - pielęgniarki – 30 osób (30K),
  - pracowników obsługi (salowe) – 5 osób (5K).
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. Uczestnicy Projektu zostaną wyłonieni w drodze jednorazowej rekrutacji, przeprowadzonej z należytą starannością.
5. W razie problemów związanych z rekrutacją, Beneficjent rozważy obniżenie punktacji.
6. W przypadku, 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.
7. W sytuacji, gdy z powodów losowych Uczestnik nie mógł wziąć udziału w projekcie zostanie przeprowadzony dodatkowy nabór. Przyjęte zostaną takie same kryteria wyboru, a w przypadku zbyt dużej liczby chętnych – rozstrzygająca będzie kolejność na liście rankingowej.

## PROCES REKRUTACJI

### § 6

1. Procedura rekrutacyjna złożona jest z następujących etapów:
  - 1) umieszczenie ogłoszeń o możliwości uczestnictwa w Projekcie na stronie internetowej Szpitala i na biurku elektronicznym,
  - 2) przyjmowanie formularzy zgłoszeniowych,
  - 3) weryfikacja kandydatów oraz wyłonienie Uczestników Projektu,
  - 4) poinformowanie wyłonionych Uczestników Projektu,
  - 5) podpisanie niezbędnych dokumentów uczestnictwa.
2. Punkt Rekrutacyjny znajduje się w budynku „Maria” I p. pok. 4.

### § 7

1. Wzory dokumentów:
  - 1) Formularz zgłoszeniowy, stanowi **Załącznik nr 3**;
  - 2) Oświadczenie Uczestnika Projektu, stanowi **Załącznik nr 4**;
  - 3) Deklaracja uczestnictwa w Projekcie stanowi **Załącznik nr 5**.

2. Formularz zgłoszeniowy pobiera się:
  - w Punkcie Rekrutacyjnym od poniedziałku do piątku od 7:00 do 14:30,
  - ze strony internetowej Projektu,
  - z informacji na biurku elektronicznym.
3. Wypełniony formularz zgłoszeniowy oddaje się w Punkcie Rekrutacyjnym od poniedziałku do piątku od 7:00 do 14:30 w terminach określonych w ogłoszeniach.
4. Formularze zgłoszeniowe, które wpłyną po wyznaczonych terminach nie będą rozpatrywane i zostaną odrzucone. O dotrzymaniu terminu przez Kandydata decyduje data przyjęcia (wpływu).
5. Złożenie formularza zgłoszeniowego, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w realizacji Projektu.
6. Wzory dokumentów, określone w ust. 1 pkt 2 – 3 wypełnia Uczestnik Projektu.

## § 8

1. Po przeprowadzeniu weryfikacji zgłoszeń Kandydatów osoba rekrutująca tworzy listę rankingową osób zakwalifikowanych do realizacji Projektu.
2. O wynikach rekrutacji wyłonieni Uczestnicy Projektu zostaną poinformowani osobiście lub przez biurko elektroniczne.
3. Wyłonieni Uczestnicy Projektu przedstawiają wypełnione (kompletne) dokumenty, określone w § 7 ust. 1 pkt 2 – 3.
4. Beneficjent zastrzega sobie prawo i możliwość wezwania Uczestnika Projektu składającego dokumenty rekrutacyjne w celu udzielenia wyjaśnień bądź uzupełnienia.
5. W przypadku braku kwalifikacji do realizacji Projektu złożone podania Kandydatów nie podlegają zwrotowi.

## § 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 działaniach, akceptując terminy i miejsca wyznaczone przez Beneficjenta,*
- 3) punktualności i rzetelności,*
- 4) uzupełniania wszelkiej dokumentacji, związanej z realizacją Projektu, a w szczególności do: podpisywania list obecności, potwierdzania odbioru zestawów szkoleniowych, cateringu oraz innych dokumentów wskazanych przez Beneficjenta, a związanych z realizacją Projektu,*
- 5) przestrzegania zasad obowiązujących na poszczególnych etapach realizacji Projektu,*
- 6) współpracy z osobami zaangażowanymi w realizację Projektu,*
- 7) powiadamiania o okolicznościach mających wpływ na brak możliwości uczestnictwa w Projekcie,*
- 8) informowania o każdej zmianie danych osobowych oraz zmianie miejsca zamieszkania.*

## § 13

1. Wykluczenie Uczestnika Projektu z udziału w Projekcie w trakcie jego trwania następuje:
  - w przypadku rozwiązania umowy o pracę,
  - z powodów losowych, które uniemożliwią Uczestnikowi dalszy udział w Projekcie. Fakt ten należy odnotować w dokumentacji rekrutacyjnej.
2. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, Beneficjent przeprowadzi dodatkową rekrutację.

## OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

## § 14

1. Przetwarzanie danych osobowych Uczestników Projektu odbywa się zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 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 ewaluację/analizę/ekspertyzę na zlecenie 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.
5. Wzór upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowi **Załącznik nr 6**.
6. Wzór odwołania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowi **Załącznik nr 7**.
7. Beneficjent zobowiązany jest do zawierania umów powierzenia danych osobowych Uczestników Projektu innym podmiotom świadczącym usługi na rzecz Beneficjenta w związku z realizacją Projektu.



## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 15

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.

### § 16

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

### § 17

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

**DYREKTOR**

*dr n. med. Gracyna Habdas*

**SPECJALISTA**  
ds. Organizacji

*Katarzyna Wawrzuta*  
mgr Katarzyna Wawrzuta



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Śląskie.**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



### Zestawienie szkoleń i warsztatów

| L.p. | Przedmiot szkolenia                                                                                                                                                        | Liczba godzin edukacyjnych | Grupa docelowa                            |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| 1.   | Recepta na dobry nastrój – praca z trudnymi emocjami oraz umiejętność dbania o pozytywny nastrój indywidualnie i w zespole jako profilaktyka stresu i wypalenia zawodowego | 4                          | – fizjoterapeuci,<br>– pielęgniarki       |
| 2.   | Work-life blend a Work-life balance – jak zachować równowagę między życiem prywatnym a zawodowym?                                                                          | 4                          | – fizjoterapeuci,<br>– pielęgniarki       |
| 3.   | Jak uniknąć narażenia na czynniki biologiczne?                                                                                                                             | 4                          | – fizjoterapeuci,<br>– pracownicy obsługi |
| 4.   | Jak bezpiecznie podnosić i przenosić?                                                                                                                                      | 4                          | – pielęgniarki,<br>– pracownicy obsługi   |

4







**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



### Zestawienie sprzętów i środków trwałych

| L.p. | Przedmiot zakupu                                     | Ilość (szt.) | Grupa docelowa                                               |
|------|------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------|
| 1.   | Dysk obrotowy twardy                                 | 2            | – fizjoterapeuci                                             |
| 2.   | Pas do transferu pacjentów                           | 2            |                                                              |
| 3.   | Pionizator kompaktowy                                | 1            |                                                              |
| 4.   | Pomoc do przenoszenia pacjentów                      | 2            |                                                              |
| 5.   | Pas obejmujący nogi jednoosobowy                     | 2            |                                                              |
| 6.   | Podstawa podwyższająca pod stopy                     | 2            |                                                              |
| 7.   | Podnośnik transportowo- kąpielowy basenowy           | 1            |                                                              |
| 8.   | Stopień rehabilitacyjny                              | 2            |                                                              |
| 9.   | Szyna do nauki chodu                                 | 1            |                                                              |
| 10.  | Krzesło pod prysznic z oparciem i uchwytami bocznymi | 9            | – pielęgniarki                                               |
| 11.  | Taboret po prysznic                                  | 8            |                                                              |
| 12.  | Łóżko szpitalne elektryczne                          | 17           |                                                              |
| 13.  | Łóżko szpitalne pneumatyczne                         | 10           |                                                              |
| 14.  | Łóżko z czterosegmentowym leżem (środek trwały)      | 2            | – pracownicy obsługi                                         |
| 15.  | Odkurzacz szczotkowy                                 | 2            |                                                              |
| 16.  | Parownica przemysłowa                                | 2            |                                                              |
| 17.  | Karczer do mycia okien                               | 5            |                                                              |
| 18.  | Maszyna do mycia podłóg                              | 2            | – fizjoterapeuci,<br>– pielęgniarki,<br>– pracownicy obsługi |
| 19.  | Mobilna, bezdotykowa stacja do dezynfekcji rąk       | 1            |                                                              |
| 20.  | Dozownik łokciowy do dezynfekcji                     | 2            |                                                              |

4





**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



|                                 |                                  |              |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------|
| <b>Data i godzina przyjęcia</b> | <b>Podpis osoby rekrutującej</b> | <b>Uwagi</b> |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------|

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do Projektu pt. „Szpital dla pracownika”

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dane uczestnika</b>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Imię                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Nazwisko                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| PESEL                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Kraj                                                           | Polska                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Rodzaj uczestnika                                              | pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Nazwa Instytucji                                               | Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Płeć*                                                          | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Wykształcenie*                                                 | <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe<br><input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne<br><input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe                                                                                                 |
| <b>Dane kontaktowe</b>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Województwo                                                    | śląskie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Powiat                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Gmina                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Miejscowość                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Ulica                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Nr budynku                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Nr lokalu                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Kod pocztowy                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Telefon kontaktowy                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Adres e-mail                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Szczegóły wsparcia</b>                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie**                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Data zakończenia udziału w projekcie**                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | <input checked="" type="checkbox"/> osoba pracująca w tym:<br><input checked="" type="checkbox"/> inne<br><input checked="" type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia<br><input checked="" type="checkbox"/> Zatrudniony w:<br>Beskidzkim Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu |

\*ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE  
\*\*NIE WYPEŁNIAĆ

4



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Śląskie.**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |           |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI        |           |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                                           |           |
| Osoba z niepełnosprawnościami*                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI        |           |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej*                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                                           |           |
| Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiskiem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014 – 2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu |                                                                                                                     |           |
| <b>Kryteria kwalifikacji:</b>                                                                                                                                                                                                         | <b>Weryfikacja/punktacja</b>                                                                                        |           |
| Zatrudniony w                                                                                                                                                                                                                         | Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu                               |           |
| Zatrudniony na podstawie umowy o pracę na co najmniej 0,5 etatu*                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                           |           |
| Umowa o pracę na czas nieokreślony*                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                           | ..... pkt |
| Wykonywany zawód/stanowisko pracy*                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> fizjoterapeuta<br><input type="checkbox"/> pielęgniarka<br><input type="checkbox"/> salowa |           |
| Staż pracy na zaznaczonym stanowisku pracy                                                                                                                                                                                            | .....                                                                                                               | ..... pkt |

Oświadczam, że posiadam / nie posiadam\* orzeczenia o niepełnosprawności.

Przedkładał /nie przedkładał\* zaświadczenie/a lekarskie o stanie zdrowia, stwierdzające rozpoznanie choroby układu ruchu.

.....  
(Data i podpis Kandydata)

#### Dział Kadr i Płac

Potwierdzam / nie potwierdzam\* ww. informacje/i podane/ych przez Kandydata.

.....  
(Data i podpis Pracownika Działu Kadr i Płac)

#### Punkt Rekrutacyjny

Kandydat otrzymał w sumie ..... pkt.

W związku z powyższym Kandydat został zakwalifikowany / nie został zakwalifikowany\* do Projektu w grupie docelowej: .....

Kandydat został poinformowany osobiście / przez biuro elektroniczne\*.

.....  
(Data i podpis osoby rekrutującej)

\*ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE

\*\*NIE WYPEŁNIAĆ

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Szpital dla pracownika” przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego, z siedzibą przy ul. Ligonía 46, 40-037 Katowice, adres email: [kancelaria@slaskie.pl](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: [bip.slaskie.pl](http://bip.slaskie.pl).
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](mailto:daneosobowe@slaskie.pl).
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane przez administratora w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
  - udzielenia wsparcia
  - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
  - monitoringu
  - ewaluacji
  - kontroli
  - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
  - sprawozdawczości
  - rozliczenia projektu
  - odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
  - zachowania trwałości projektu
  - archiwizacji
  - badań i analiz.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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 – dalej: RODO), wynikający z:
  - a) art. 125 i 126 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 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 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
  - b) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.







**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt – **Beskidzkiemu Zespołowi Leczniczo – Rehabilitacyjnemu Szpitalowi Opieki Długoterminowej w Jaworzu z siedzibą w Jaworzu (43-384) przy ul. Słonecznej 83.**
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, 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, ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

- 1) 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\*.
- ~~2) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem\*.~~
- 3) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluację/analizę/ekspertyzę na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS  
UCZESTNIKA PROJEKTU\*\**

\*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

\*\*W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



|                |       |
|----------------|-------|
| Grupa docelowa | Uwagi |
|----------------|-------|

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

### pt. „Szpital dla pracownika”

Ja, niżej podpisany/a .....

zatrudniony/a na stanowisku.....

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

niniejszym oświadczam, iż:

- wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w ww. Projekcie oraz deklaruję gotowość udziału w formach wsparcia, do których zostałem/am zakwalifikowany/a przez Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu,
- zostałem/am poinformowany/a, że ww. **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 ww. Projektu i akceptuję jego warunki,
- zobowiązuję się do podpisywania list obecności na szkoleniach/warsztatach,
- wyrażam zgodę na utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach oraz publikowanie zdjęć na stronie internetowej ww. Projektu,
- spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. Projekcie i zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Uczestnika Projektu

*[Podpis]*







Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



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

z dniem ....., na podstawie:

Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 poz. 1781), Umowy o dofinansowanie projektu pt. „Szpital dla pracownika”, 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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1791), 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 zobowiązuje się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych i sposobów ich zabezpieczeń również po ustaniu zatrudnienia, odwołaniu upoważnienia, upływie jego ważności.

Mam świadomość odpowiedzialności karnej wynikającej z Ustawy o ochronie danych osobowych, a także art. 266 Kodeksu karnego.

.....  
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

\*niepotrzebne skreślić

4





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:  
Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 poz. 1781) oraz Umowy  
o dofinansowanie Projektu pt. „Szpital dla pracownika”.

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

h

\*niepotrzebne skreślić

