



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

w ramach projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Akademia pełni życia” nr umowy: RPMP.09.02.01-12-0004/18 Oś priorytetowa: IX. Region spójny społecznie. Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu E. Rozwój opieki długoterminowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Lp.	DANE PODSTAWOWE		
1.	Imię (imiona) i nazwisko		
2.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
3.	Data urodzenia	____-____-____ (dzień/miesiąc/rok)	Wiek w latach
4.	PESEL		Tel.
5.	Czy zamieszkuje Pani/Pan na terenie miasta Nowy Sącz lub gminy Chełmiec	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6.	Czy jest Pani/Pan osobą bezpośrednio po przebytej hospitalizacji lub, której w okresie ostatnich 12 m-cy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
ADRES ZAMELDOWANIA/ZAMIESZKANIA * skreślić niewłaściwe			
1.	Miejscowość		kod pocztowy:
2.	Ulica / Aleja / Osiedle		nr
DANE OSOBY DO KONTAKTU W SPRAWIE PACJENTA/PODOPIECZNEGO * wpisać „nie dotyczy” jeżeli nie zachodzi potrzeba podania kontaktu			
1.	Imię i nazwisko		
2.	Telefon / mail		



OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- 1) Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z dokumentem tożsamości.
- 2) zostałem/-łam poinformowany/-a, iż projekt pn. „**Dzienny Dom Opieki Medycznej Akademia pełni życia**” nr umowy: RPMP.09.02.01-12-0004/18 realizowany jest w ramach Oś priorytetowa: IX. Region spójny społecznie. Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu E. Rozwój opieki długoterminowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.
- 3) zostałem/-łam poinformowany/-a, że w ramach Projektu gromadzi i przetwarzana są dane osobowe uczestników,
- 4) Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r informujemy, że przetwarzamy Pana/i dane osobowe, a:
 - a) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest NZOZ PRAXIS spółka z o.o., ul. św. Heleny 30B, 33-300 Nowy Sącz
 - b) w NZOZ PRAXIS jest wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem e-mail.: **info@nzoz-praxis.pl, tel.: 18 41-49-481**
 - c) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z wymaganiami określonymi w dokumentacji projektowej,
 - d) Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, otrzymania ich kopii, ich sprostowania gdy są nieprawidłowe, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jeżeli Pana/i zdaniem nie mamy do tego podstaw. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli Pan/i uważa, że przetwarzamy Pana/i dane niezgodnie z prawem.
 - e) Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji zadań wynikających z umowy o dofinansowanie projektu, a odmowa ich przekazania uniemożliwi rekrutację do w/w projektu.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w celach realizacji w/w Projektu.

Oświadczam, iż podane w niniejszym formularzu dane są prawdziwe - zostałem pouczone o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą wynikających z Kodeksu cywilnego dotyczących odpowiedzialności odszkodowawczej (art. 361 i nast. Kc).

Miejscowość, data:

Czytelny podpis:

WYPEŁNIA KIEROWNIK PROJEKTU: Zakwalifikowanie osoby zgłaszającej się do projektu lub uzasadnienie braku zakwalifikowania do projektu / skierowanie osoby na listę rezerwową