

## REGULAMIN PROJEKTU

Projekt pn. **Realizacja działań edukacyjnych oraz poprawy dostępności usług medycznych w ramach „Programu profilaktyki raka szyjki macicy” w subregionie legnicko-głogowskim w latach 2017-2019** został opracowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 (RPO WD 2014-2020) współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi Priorytetowej nr 8 „Rynek pracy”, Działanie nr 8.7 Aktywne i zdrowe starzenie się, Priorytet inwestycyjny -Aktywne i zdrowe starzenie się.

Beneficjent : Powiat Lubiński

Partnerami Projektu są:

Centrum Diagnostyczno –Terapeutyczne MEDICUS z siedzibą w Lubinie  
oraz

Stowarzyszenie kobiet po mastektomii „AGATA” Powiatu Lubińskiego.

Okres realizacji Projektu: od 01.10.2017 do 30.11.2019

Obszar realizacji Projektu: subregion legnicko-głogowski tj. powiaty lubiński, głogowski, polkowicki, górowski, legnicki oraz miasto Legnica na prawach powiatu.

### DEFINICJE

Ilekcroć w Regulaminie Projektu jest mowa o:

**PROGRAMIE** – oznacza to Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014- 2020 (RPO WD 2014-2020)

**PROJEKCIE** – oznacza to Projekt pn. Realizacji działań edukacyjnych oraz poprawy dostępności usług medycznych w ramach „Programu profilaktyki raka szyjki macicy” w subregionie legnicko-głogowskim w latach 2017-2019

**UCZESTNIKU PROJEKTU** – oznacza to kobiety pracujące w wieku 25 do 59 lat, które nie wykonywały cytologii w ciągu ostatnich 36 miesięcy od momentu przystąpienia do Projektu. Wiek uczestnika liczony jest na podstawie daty urodzenia i mierzony w dniu rozpoczęcia udziału w Projekcie.

**OSOBIE PRACUJĄCEJ** – Pracujący to osoby w wieku 15 lat i więcej, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub własną działalność, które jednak chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:

1) osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków.

2) osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (na przykład: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach).

3) osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracą wnosi bezpośredni wkład w działalność

gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego.

**DANYCH OSOBOWYCH** – należy przez to rozumieć dane osobowe w rozumieniu art. 6 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

**PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH** – oznacza to jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemie informatycznym.

### 1. CEL PROJEKTU

Głównym celem projektu jest wydłużenie aktywności zawodowej kobiet powyżej 50 roku życia w subregionie legnicko-głogowskim poprzez poprawę dostępu do badań cytologicznych realizowanych w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz poprawę zgłaszalności na badania przesiewowe u kobiet pracujących.

### 2. ADRESACI BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH/DZIAŁAŃ EDUKACYJNO-INFORMACYJNYCH

W ramach Projektu wsparcie ( badanie, szkolenie) mogą otrzymać kobiety pracujące, które w dniu przystąpienia do projektu znajdują się w wieku 25-59 lat, które nie wykonywały cytologii w ciągu ostatnich 36 miesięcy, jednakże pierwszeństwo w badaniu cytologicznym będą miały kobiety, które nie wykonały nigdy cytologii. Badania profilaktyczne w określonej grupie wiekowej mogą wykonywać mieszkanki subregionu legnicko-głogowskiego, tj. mieszkanki powiatów: lubińskiego, głogowskiego, polkowickiego, górowskiego, legnickiego oraz miasta Legnica na prawach powiatu aktywne zawodowo. Badania profilaktyczne oraz działania informacyjno-edukacyjne przeprowadzane są w budynkach przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych.

### 3. WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE

Uczestnik projektu wypełnia i podpisuje:

- **Deklarację udziału w Projekcie** (Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu)
- **Listę z przeprowadzonego działania informacyjno-edukacyjnego** (Załącznik nr 2 do Regulaminu Projektu).

### 4. TRANSPORT I „SZYBKA CYTOLOGIA”

Uczestnicy projektu, którzy chcieliby poddać się badaniu cytologicznemu, ale nie mają możliwości dojazdu na badanie (z przyczyn ekonomicznych, z braku połączeń, z braku dostosowanego środka transportu dla niepełnosprawnych, z powodu obowiązku opieki nad osobami zależnymi np. dziećmi, seniorami) mogą skorzystać z bezpłatnego transportu z miejsca zamieszkania na badanie i z powrotem. Potrzebę skorzystania z transportu Uczestnik może zgłosić w trakcie rejestracji na badanie lub pod numerem infolinii (patrz punkt 7 Regulaminu Projektu). Transport jest dostępny codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach: 8.00 do 17.00. Pojazd porusza się po subregionie legnicko-głogowskim tj. w powiatach: lubińskim, głogowskim, polkowickim, górowskim, legnickim oraz mieście Legnica na prawach powiatu.

Zainteresowane Uczestniczki będą mogły skorzystać również z tzw. „szybkiej cytologii” (bez badania ginekologicznego) wykonywanej przez wykwalifikowane położne w ramach akcji wyjazdowych. Więcej informacji dotyczącej szybkiej cytologii można otrzymać pod numerami telefonów infolinii i rejestracji (patrz punkt 7 Regulaminu Projektu)

### 5. OPIEKA NAD OSOBA ZALEŻNĄ

W ramach Projektu istnieje możliwość wystąpienia o opiekę nad osobą zależną w momencie, gdy Uczestnik Projektu korzysta ze wsparcia. Potrzebę taką można zgłosić w miejscu wykonywania działania lub telefonicznie pod numerami Infolinii lub rejestracji (patrz punkt 7 Regulaminu Projektu).

## 6. INFORMACJE O BADANIU CYTOLOGICZNYM

### Jak przygotować się do badania:

Cytologię pobiera się w sposób prosty i całkowicie bezbolesny. W czasie badania ginekologicznego przez pochwę, przy pomocy wziernika uwidacznia się szyjkę macicy. Spiralną jednorazową szczoteczką pobiera się materiał z tarczy i kanału. Optymalnym okresem dla pobrania materiału cytologicznego jest termin pomiędzy 10 a 20 dniem cyklu:

- na minimum dobę przed badaniem należy powstrzymać się od współżycia seksualnego
- przez kilka dni przed badaniem nie należy stosować leków dopochwowych ani przeprowadzać zabiegów leczniczych na pochwie i szyjce macicy
- cytologia powinna być wykonywana co najmniej jeden dzień po badaniu ginekologicznym czy USG dopochwowego
- pobranie wymazu na badanie cytologiczne winno nastąpić min. 2-3 dni po zakończeniu krwawienia miesięczkowego
- badanie we wzierniku powinno wyprzedzać badanie przez pochwę – nie należy pobierać rozmazów bezpośrednich po badaniu ginekologicznym
- nie wykonuje się badania cytologicznego w czasie trwania czynnej infekcji dróg rodnych z towarzyszącymi jej upławami

### Badanie składa się z trzech etapów :

#### I ETAP PODSTAWOWY

Podczas wizyty u ginekologa lekarz lub położna pobierają materiał do badania, który zostanie wysłany do oceny mikroskopowej. W zależności od wyników, lekarz podejmuje decyzję o dalszym działaniu. Jeśli wynik jest prawidłowy i brak czynników ryzyka lekarz zleci ponowne zgłoszenie się na badanie po trzech latach.

#### II ETAP DIAGNOSTYKI

W zależności od wyników oceny mikroskopowej, lekarz podejmuje decyzję o:

- zaleceniu wcześniejszego badania cytologicznego (po 12 miesiącach) w ramach programu w uzasadnionych przypadkach dotyczy to przede wszystkim kobiet obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV-typem wysokiego ryzyka) – co 12 miesięcy
- skierowaniu do odpowiedniej placówki realizującej świadczenia zdrowotne w ramach Etapu pogłębianej diagnostyki programu, jeżeli konieczna jest weryfikacja wstępnego rozpoznania.

#### III ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI

Jeśli na podstawie badań zostaną wykryte nieprawidłowe zmiany, niezbędny jest etap pogłębienia diagnostyki, który obejmuje:

- badanie kolposkopowe
- w przypadku zaistnienia wskazań do weryfikacji obrazu kolposkopowego - pobranie celowanych wycinków do badania histopatologicznego (biopsja), a następnie:
- ocena histopatologiczna pobranego materiału

Po tych badaniach lekarz postanowi o dalszym leczeniu.

**UWAGA !!!** Etap II i III będzie się odbywać już poza programem, ale nadal u specjalistów, którzy mają kontrakt z NFZ, gdyż **nie jest refundowany** przez Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 (RPO WD 2014-2020) współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego.



## 7. REJESTRACJA I INFOLINIA

Infolinia dla osób zainteresowanych udziałem w Projekcie działa od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 14.00. Rejestracja na badanie cytologicznego odbywa się osobiście bądź drogą telefoniczną od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 14.00.

Informacje o placówkach realizujących Projekt:

<b>Placówki CDT MEDICUS</b>	<b>Rejestracja</b>	<b>Infolinia</b>
Lubin, ul. Leśna 8	76 74 66 221 76 74 66 223	76 74 66 220 76 74 66 221 76 74 66 223
Lubin, ul. Armii Krajowej 35a	76 72 82 640 76 72 82 641	76 72 82 640
Chocianów, ul. 3-go Maja 2	76 819 50 57	76 81 83 142



<b>B</b>	
----------	--

## DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

pn. Realizacja działań edukacyjnych oraz poprawa dostępności usług medycznych w ramach "Programu profilaktyki raka szyjki macicy" w subregionie legnicko-głogowskim w latach 2017-2019

nr RPDS.08.07.00-02-0003/17

Ja, niżej podpisana,

Imię i nazwisko .....

wiek w chwili przystąpienia do projektu..... , płeć (K/M).....,

Pesel

Adres zamieszkania:.....

.....

*(województwo, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, gmina, powiat)*

Telefon: .....

adres e-mail:.....

rodzaj uczestnika : indywidualny /pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu

wykształcenie.....

*(niższe niż podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, ponadgimnazjalne, policealne, wyższe)*

### Oświadczam, że:

- zapoznałam się i akceptuję treść Regulaminu Projektu dostępnego na stronie internetowej [www.cdtmedicus.pl](http://www.cdtmedicus.pl) lub [www.powiat-lubin.pl](http://www.powiat-lubin.pl) lub w miejscu wypełniania deklaracji,
- dane podane w Deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą,
- dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie,
- uczestniczyłam w spotkaniu/szkoleniu informacyjno-edukacyjnym w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy oraz otrzymałam materiały informacyjne promujące projekt.

### Zobowiązuję się do:

- udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu,
- udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu i oceną funkcjonowania Projektu.



1	<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	<input type="checkbox"/> osoba pracująca –pracownik umysłowy/ <input type="checkbox"/> osoba pracująca –pracownik fizyczny / <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek –działalność gospodarcza/ <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek –działalność rolnicza / <input type="checkbox"/> emeryt/rencista <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacjach pozarządowych/ <input type="checkbox"/> lekarz/ <input type="checkbox"/> osoba pracująca w POZ / <input type="checkbox"/> inne ..... <i>(Nazwa Instytucji/Przedsiębiorstwa, w której jestem zatrudniona)</i>
2	<b>Wykonywany zawód</b>	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu / <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego / <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego / <input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego / <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia / <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej / <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy / <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego / <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej / <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej / <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej / <input type="checkbox"/> rolnik / <input type="checkbox"/> inny
3	<b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>	<b>Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, jestem migrantem, osobą obcego pochodzenia .</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <b>Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <b>Jestem osobą z niepełnosprawnościami</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <b>Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <b>w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu.</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <b>Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu.</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <b>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej).</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji



4	<p><b>Posiadam specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeśli tak to jakie? .....</p> <p>.....</p>
5	<p><b>Posiadam specjalne potrzeby niewynikające bezpośrednio z niepełnosprawności</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeśli tak to jakie? .....</p> <p>.....</p>
6	<p><b>Informuję, że w ramach Projektu skorzystałam z:</b></p> <p>Szybkiej cytologii w trybie wyjazdowym    <input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Opieki nad osobą zależną    <input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Transportu zorganizowanego w ramach Projektu    <input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p>
8	<p><b>Jak dowiedziała się Pani o Projekcie? Proszę podać źródło:</b></p> <p>.....</p>
9	<p><b>Na badanie cytologiczne zostałam skierowana przez lekarza medycyny pracy</b>    <input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p>
10	<p><b>Poddalam się badaniu cytologicznemu dzięki interwencji EFS</b>    <input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p>

Miejsce realizacji działania.....

Zakres czasowy prowadzonego działania (od-do).....

Data.....

.....

*Podpis uczestnika Projektu*

.....

*Podpis prowadzącego działanie*

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

W związku z przystąpieniem do projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 pn. Realizacja działań edukacyjnych oraz poprawa dostępności usług medycznych w ramach "Programu profilaktyki raka szyjki macicy" w subregionie legnicko-głogowskim w latach 2017-2019 o numerze nr RPDS.08.07.00-02-0003/17 przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych jest:
  - w odniesieniu do zbioru: Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020 - Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
  - w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa
- 2) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
  - Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020, e-mail [inspektor@umwd.pl](mailto:inspektor@umwd.pl);
  - Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, e-mail [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl);
- 3) Moje dane osobowe przetwarzane są/będą 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, a także w celach związanych z odzyskiwaniem środków, celach archiwalnych oraz statystycznych;
- 4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. b) i c) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) 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 zwane RODO;
- 5) W zakresie zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
  - 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
  - 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,



- ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
  - rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
- 6) Odbiorcami moich danych osobowych będą: Instytucja Pośrednicząca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020, Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020, Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, Beneficjent, Partner<sup>1</sup> oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020, Instytucji Pośredniczącej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 lub beneficjenta. Dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020, Instytucji Pośredniczącej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014 – 2020;
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby rozliczenia projektu, na potrzeby rozliczenia i zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 oraz do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji;
- 8) Mam prawo odmowy podania danych szczególnych kategorii (o których mowa w art. 9 RODO), jednakże odmowa podania informacji dotyczących tych danych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie;
- 9) Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. W tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy;
- 10) Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) Moje dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 12) Moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Miejscowość, dnia

podpis

---

<sup>1</sup> Jeśli dotyczy.

## Zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych

Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie obejmującym dane osobowe zwykle w tym: nazwisko i imiona, data urodzenia, miejsce urodzenia, adres zamieszkania, numer ewidencyjny PESEL, miejsce pracy, zawód, wykształcenie, numer telefonu, adres e-mailowy; oraz dane osobowe wrażliwe, które ujawniają bezpośrednio lub w kontekście: pochodzenie etniczne, stan zdrowia, lub dotyczą orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, w tym wszystkie moje dane podane przeze mnie w *Deklaracji udziału w projekcie*, wyłącznie przez:

- *Marszałka Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, oraz*
- *ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, mającego siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa*

w celach realizacji projektu pn. Realizacja działań edukacyjnych oraz poprawa dostępności usług medycznych w ramach "Programu profilaktyki raka szyjki macicy" w subregionie legnicko-głogowskim w latach 2017-2019 o numerze nr RPDS.08.07.00-02-0003/17, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 –2020.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/ łem poinformowana/ ny, że w tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy.

.....  
Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę\*

\* Jeżeli zgoda wyrażana jest elektronicznie, system informatyczny powinien przechowywać informacje na temat wyrażenia zgody.

**LISTA Z PRZEPROWADZONEGO DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNEGO/BADANIA**

<b>Nazwa działania informacyjno-edukacyjnego</b>	Prozdrowotne działania informacyjno-edukacyjne w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy Badania cytologiczne refundowane z NFZ			
<b>Tytuł projektu</b>	Realizacja działań edukacyjnych oraz poprawa dostępności usług medycznych w ramach "Programu profilaktyki raka szyjki macicy" w subregionie legnicko-głogowskim w latach 2017-2019 nr RPDS.08.07.00-02-003/17			
<b>Data</b>				
<b>Prowadzący działanie</b>				
<b>Miejsce realizacji</b>	..... <b>Podpis prowadzącego działanie</b>			
Lp.	Imię i Nazwisko	Zakres czasowy prowadzonego działania (OD – DO)	Zakres wykonanego działania	Podpis uczestnika
1.			<input type="checkbox"/> Informacja o Projekcie <input type="checkbox"/> Informacja o profilaktyce raka szyjki macicy – edukacja <input type="checkbox"/> Opis diagnostyki raka szyjki macicy – edukacja <input type="checkbox"/> Skierowanie na badanie od lekarza medycyny pracy <input type="checkbox"/> Badanie cytologiczne	
2.			<input type="checkbox"/> Informacja o Projekcie <input type="checkbox"/> Informacja o profilaktyce raka szyjki macicy – edukacja <input type="checkbox"/> Opis diagnostyki raka szyjki macicy – edukacja <input type="checkbox"/> Skierowanie na badanie od lekarza medycyny pracy <input type="checkbox"/> Badanie cytologiczne	
3.			<input type="checkbox"/> Informacja o Projekcie <input type="checkbox"/> Informacja o profilaktyce raka szyjki macicy – edukacja <input type="checkbox"/> Opis diagnostyki raka szyjki macicy – edukacja <input type="checkbox"/> Skierowanie na badanie od lekarza medycyny pracy <input type="checkbox"/> Badanie cytologiczne	