



**Umowa współpracy w zakresie Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi**

zawarta w ..... w dniu ..... r. pomiędzy:

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie z siedzibą w Poznaniu, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań, REGON:000291204, NIP: 778-13-42-057

reprezentowanym przez prof. dr hab. n. med. Juliana Malickiego – Dyrektora  
zwanym w treści umowy „**WCO**”,

a

.....  
zwanym w treści umowy „**POZ**”

**§ 1**

**Cel umowy**

1. Umowa zostaje zawarta w związku z realizacją przez WCO projektu pt. **Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwie lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim WND –POWR.05.01.00-00-0002/16** złożonego w odpowiedzi na konkurs pn. Profilaktyka nowotworów głowy i szyi nr POWR.05.01.00-IP.05-00-002/16 ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (dalej: Projekt).

**§ 2**

**Przedmiot umowy**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest określenie zasad i warunków na jakich WCO i POZ będą współpracować w zakresie realizacji Ogólnopolskiego programu profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi (dalej: Program) w ramach Projektu.
2. Program jest dostępny na stronie Ministerstwa Zdrowia [http://zdrowie.gov.pl/nabor-97-programy\\_profilaktyczne\\_nowotwory\\_glowy.html](http://zdrowie.gov.pl/nabor-97-programy_profilaktyczne_nowotwory_glowy.html) - załącznik nr 18 do regulaminu konkursu oraz na stronie [www.oppngis.pl](http://www.oppngis.pl)

### § 3

#### Oświadczenia WCO

1. WCO oświadcza, że na podstawie umowy z dnia 19.06.2017 r. nr POWR.05.01.00-00-0002/16-00 realizuje Projekt w okresie od 1 września 2017 r. do 31 sierpnia 2020 r. na terenie województwa lubuskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego.
2. W ramach Projektu WCO zawiera umowy o współpracę z 60 placówkami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z terenu trzech województw (lubuskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie).
3. WCO oświadcza, że w ramach realizacji Projektu zaplanowano łącznie 3750 konsultacji udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Wyłonieni z list aktywnych lekarzy pacjenci skierowani zostaną do poradni specjalistycznej w celu wykonania bezpłatnych badań laryngologicznych przy użyciu nasofibroskopu.
4. Średnia liczba indywidualnych konsultacji przez cały okres realizacji Projektu na jeden POZ wynosi ok. 62 osoby.

### § 4

#### Oświadczenia POZ

1. POZ oświadcza, że jest jednostką podstawowej opieki zdrowotnej i działa na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016, poz. 1638 ze zm.)
2. POZ oświadcza, że zapoznał się z Ogólnopolskim Programem Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi i zobowiązuje się do współpracy zgodnie z jego treścią z WCO w zakresie swojego udziału w Projekcie.
3. POZ oświadcza, że dysponuje wystarczającymi zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem, umożliwiającymi należytą realizację Projektu oraz współpracuje z WCO w ramach Projektu.
4. POZ oświadcza, że zatrudnia minimum dwóch lekarzy mających prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, którzy mają w swojej aktywnej liście pacjentów osoby, kwalifikujące się do programu, o którym mowa w ust. 2.

### § 5

#### Zasady kwalifikacji pacjentów do Programu

1. Pacjenci kwalifikujący się do programu to osoby:
  - a) z grupy wiekowej 40-65 lat, znajdujące się w grupie ryzyka tj. będące wieloletnimi palaczami, nadużywające alkoholu, mające podwyższone ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, u których przez ponad 3 tygodnie występuje jeden z 6 objawów nie związanych z infekcją górnych dróg oddechowych, takich jak: pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem,
  - b) do programu mogą być zakwalifikowane również osoby w wieku 40 - 65 lat, które nie są wieloletnimi palaczami, nie nadużywają alkoholu, jak również nie mają podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie występuje co najmniej jeden z ww.

objawów. Lekarz POZ weryfikuje, czy objawy są na tyle swoiste i nie związane z infekcją wirusową, że pacjent wymaga badania laryngologicznego w kierunku wykrycia NGiSz.

2. Czynnikiem wykluczającym kwalifikację pacjenta do Programu, o którym mowa w § 4 ust. 2, jest występowanie w/w objawów w trakcie trwania infekcji wirusowej lub bakteryjnej.
3. Osoba spełniająca kryteria włączenia do Programu może wziąć w nim udział raz na 24 miesiące.

## § 6

### Zobowiązania WCO

1. WCO oświadcza, że w ramach realizacji Projektu utworzy stronę www, która będzie zawierać treści edukacyjne i informacyjne oraz zapewni materiały edukacyjne.
2. WCO zobowiązuje się przeprowadzić 2 spotkania edukacyjne (jedno na początku współpracy, drugie po mniej więcej upływie roku) dla łącznie 2 lekarzy z jednego POZ (dopuszczalne jest wytypowanie 1 lekarza i 1 pielęgniarki, tylko za zgodą WCO) z zakresu prowadzenia działań edukacyjnych dot. profilaktyki nowotworów głowy i szyi wśród uczestników programu, znajomości metod diagnostycznych oraz dostępnych badań z uwzględnieniem ich właściwego doboru, umiejętności leczenia oraz terapii chorych z nowotworami głowy i szyi, umiejętności prowadzenia procesu rehabilitacji osób po leczeniu nowotworów głowy i szyi oraz właściwej komunikacji z chorym.
3. WCO w trakcie spotkań edukacyjnych zapewnia przerwę kawową (w przypadku trwania warsztatów do 6h dziennie), przerwę kawową i lunch (w przypadku trwania warsztatów dłużej niż 6h dziennie) oraz materiały dydaktyczne. Jednocześnie WCO zastrzega, że w zakresie realizacji spotkań edukacyjnych uczestników, o którym mowa w ust. 2, WCO nie zapewnia zwrotu kosztów dojazdu oraz ewentualnych noclegów.

## § 7

### Zobowiązania POZ

1. POZ zobowiązuje się wytypować osobę odpowiedzialną za rozliczenia i koordynację działań w ramach Projektu. Zakres obowiązku osoby wytypowanej stanowi załącznik nr 1 do umowy.
2. POZ zobowiązuje się wydelegować łącznie 2 lekarzy na dwa spotkania edukacyjne, o których mowa w § 6 ust. 2 w terminie wskazanym przez WCO.
3. Udział w szkoleniu wyznaczonych przez POZ osób jest obowiązkowy. Dopuszczalna jest możliwość zamiany osoby pierwotnie zgłoszonej, jednak tylko przed terminem pierwszego szkolenia.
4. POZ oświadcza, że po odbyciu przeszkolenia, lekarze zatrudnieni w POZ, wytypują (zgodnie z § 5) do dnia 30.06.2020 roku ok. 62 pacjentów kwalifikujących się i nie podlegających wykluczeniu z Programu, zgodnie z jego zapisami. Przy czym w roku 2018 z jednego POZ wytypowanych zostanie ok. 26 pacjentów, w roku 2019 z jednego POZ zostanie wytypowanych ok. 33 pacjentów, natomiast w 2020 roku z jednego POZ zostanie wytypowanych ok. 3 pacjentów.
5. W przypadku kwalifikacji osoby do Programu, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązany jest wypełnić wszelką dokumentację niezbędną do realizacji Projektu: (formularz zgłoszeniowy - załącznik nr 2 do umowy, oświadczenie uczestnika projektu dot. przetwarzania danych osobowych - załącznik nr 3 do umowy, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym - załącznik nr 4 do umowy, ankietę - załącznik nr 5 do umowy), wskazać adresy ośrodków, w których

pacjent będzie mógł wykonać badanie laryngologiczne, przeprowadzić rozmowę edukacyjną dot. czynników ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi oraz przekazać dostępne materiały edukacyjne.

6. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązany jest do przekazywania pacjentom ze swojej listy aktywnej dostępnych materiałów edukacyjnych oraz rozpowszechniania informacji dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi.
7. POZ zobowiązany jest do kierowania się w swoich działaniach promocyjnych i informacyjnych wytycznymi określonymi na stronie Ministerstwa Zdrowia, które określa Księga identyfikacji wizualnej oraz Podręcznik wnioskodawcy i beneficjenta programów polityki spójności 2014-2020 w zakresie informacji i promocji. Dokumenty dostępne są na Portalu Funduszy Europejskich.

#### § 8

##### Terminy

1. Umowa dotycząca współpracy w zakresie Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi wiąże strony od dnia jej zawarcia do 31 sierpnia 2020 r.
2. W ramach współpracy WCO z POZ przewiduje się, że POZ wytypuje ok. 62 osoby, u których występują objawy, o których mowa w § 5 ust. 1, kwalifikujących się do udziału w dalszej części Projektu, tj. do konsultacji specjalistycznych w poradniach laryngologicznych.

#### § 9

##### Sposób realizacji świadczeń przez POZ

1. Realizacja programu profilaktyki wtórnej, tj. realizacja zobowiązań POZ prowadzona będzie w poradni lekarza POZ.

#### § 10

##### Dokumentacja

1. WCO dostarcza wzory dokumentów niezbędnych do zakwalifikowania pacjenta do programu i udokumentowania udzielonej konsultacji.
2. WCO dostarcza broszury edukacyjne, które lekarze POZ przekazują uczestnikom Projektu w trakcie indywidualnej konsultacji.
3. W celu zakwalifikowania danej osoby do Projektu niezbędne jest wypełnienie formularza rekrutacyjnego wraz z oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w ramach Projektu. Lekarz i pacjent potwierdzają odbycie indywidualnej konsultacji stosownym oświadczeniem. Dodatkowo każda konsultacja wymaga wypełnienia ankiety, której wzór stanowi załącznik nr 5 do niniejszej umowy.
4. POZ przekazuje dokumentację dotyczącą udzielenia indywidualnych konsultacji WCO przesyłką poleconą lub osobiście w oryginałach w terminie do czwartego dnia roboczego każdego miesiąca kalendarzowego.

## § 11

### Powierzenie danych osobowych

1. Na podstawie umowy z dnia 19.06.2017 r. nr POWR.05.01.00-00-0002/16-00 zawartej pomiędzy WCO a Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia (tj. Instytucją Pośredniczącą) oraz w związku z przepisem art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922), WCO powierza POZ przetwarzanie danych osobowych, w imieniu i na rzecz Powierzającego (tj. Instytucji Pośredniczącej) na poniżej opisanych warunkach.
2. Przy przetwarzaniu danych osobowych POZ zobowiązuje się do przestrzegania zasad wskazanych w umowie, w ustawie o ochronie danych osobowych oraz w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych, zwanym dalej „rozporządzeniem MSWiA”.
3. POZ nie decyduje o celach i środkach przetwarzania powierzonych danych osobowych.
4. POZ przed rozpoczęciem przetwarzania danych osobowych podejmie środki zabezpieczające zbiory danych, o których mowa w art. 36-39 ustawy o ochronie danych osobowych oraz w rozporządzeniu MSWiA.
5. POZ przed rozpoczęciem przetwarzania danych osobowych przygotowuje dokumentację opisującą sposób przetwarzania danych osobowych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych, w tym w szczególności politykę bezpieczeństwa oraz instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych.
6. Do przetwarzania danych osobowych mogą być dopuszczone jedynie osoby upoważnione przez POZ posiadające imienne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych.
7. WCO w imieniu Powierzającego (tj. Instytucji Pośredniczącej) umocowuje POZ do wydawania i odwoływania osobom, o których mowa w ust. 6, imiennych upoważnień do przetwarzania danych osobowych. Upoważnienia przechowuje POZ w swojej siedzibie.  
Wzór upoważnienia do przetwarzania danych osobowych oraz wzór odwołania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych zostały określone odpowiednio w załączniku nr 6 i 7 do umowy. Dopuszcza się stosowanie przez POZ innych wzorów niż określone odpowiednio w załączniku nr 6 i 7 do umowy, o ile zawierają one wszystkie elementy wskazane we wzorach określonych w tych załącznikach.
8. Imienne upoważnienia, o których mowa w ust. 7, są ważne do dnia odwołania, nie dłużej jednak niż do dnia obowiązywania niniejszej umowy. Upoważnienie wygasa z chwilą ustania stosunku prawnego łączącego POZ z osobą wskazaną w ust. 6. POZ winien posiadać przynajmniej jedną osobę legitymującą się imiennym upoważnieniem do przetwarzania danych osobowych odpowiedzialną za nadzór nad zarchiwizowaną dokumentacją do dnia ukończenia realizacji niniejszej umowy. POZ prowadzi ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych w związku z wykonywaniem umowy.
9. WCO zobowiązuje POZ do wykonywania wobec osób, których dane dotyczą, obowiązków informacyjnych wynikających z art. 24 i art. 25 ustawy o ochronie danych osobowych.
10. POZ jest zobowiązany do podjęcia wszelkich kroków służących zachowaniu poufności danych

- osobowych przetwarzanych przez mające do nich dostęp osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych.
11. POZ zobowiązuje się do udzielenia WCO na każde jego żądanie, informacji na temat przetwarzania danych osobowych, o których mowa w niniejszym paragrafie, a w szczególności niezwłocznego przekazywania informacji o każdym przypadku naruszenia przez niego i osoby przez niego upoważnione do przetwarzania danych osobowych obowiązków dotyczących ochrony danych osobowych.
  12. POZ umożliwi WCO w miejscach, w których są przetwarzane powierzone dane osobowe, dokonanie kontroli zgodności przetwarzania powierzonych danych osobowych z ustawą o ochronie danych osobowych i rozporządzeniem MSWiA, oraz z umową. Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli powinno być przekazane podmiotowi kontrolowanemu co najmniej 5 dni roboczych przed rozpoczęciem kontroli.
  13. W przypadku powzięcia przez WCO lub Powierzającego wiadomości o rażącym naruszeniu przez POZ obowiązków wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych, z rozporządzenia MSWiA lub z umowy, POZ umożliwi WCO, Powierzającemu lub podmiotom przez nie upoważnionym dokonanie niezapowiedzianej kontroli, w celu określonym w ust. 12.
  14. Kontrolerzy WCO, Powierzającego, lub podmiotów przez nich upoważnionych, mają w szczególności prawo:
    - a) wstępu, w godzinach pracy POZ, za okazaniem imiennego upoważnienia, do pomieszczenia, w którym jest zlokalizowany zbiór powierzonych do przetwarzania danych osobowych, oraz pomieszczenia, w którym są przetwarzane powierzone dane osobowe i przeprowadzenia niezbędnych badań lub innych czynności kontrolnych w celu oceny zgodności przetwarzania danych osobowych z ustawą o ochronie danych osobowych, rozporządzeniem MSWiA oraz umową;
    - b) żądać złożenia pisemnych lub ustnych wyjaśnień przez osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego;
    - c) wglądu do wszelkich dokumentów i wszelkich danych mających bezpośredni związek z przedmiotem kontroli oraz sporządzania ich kopii;
    - d) przeprowadzania oględzin urządzeń, nośników oraz systemu informatycznego służącego do przetwarzania danych osobowych.
  15. POZ zobowiązuje się zastosować zalecenia dotyczące poprawy jakości zabezpieczenia danych osobowych oraz sposobu ich przetwarzania sporządzone w wyniku kontroli przeprowadzonych przez WCO, Powierzającego lub przez podmioty przez nie upoważnione albo przez inne instytucje upoważnione do kontroli na podstawie odrębnych przepisów.

## § 12

### Rozliczenia

1. WCO za każdą indywidualną konsultację udzieloną pacjentowi, w wyniku której zostanie skierowana osoba do Programu zgodnie z § 5, zapłaci POZ kwotę w wysokości 48 zł brutto.
2. Wynagrodzenie POZ stanowi iloczyn udzielonych kwartalnie indywidualnych konsultacji (nie więcej niż wskazany limit przez WCO) i wynagrodzenia za każdą indywidualną konsultację.

3. Wynagrodzenie należne POZ płatne będzie kwartalnie. Podstawę do wystawienia faktury przez POZ stanowi komplet prawidłowo wypełnionych i przekazanych dla WCO oryginałów dokumentów (formularz zgłoszeniowy, oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych, oświadczenie lekarza uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, ankieta).
4. Wynagrodzenie płatne jest na podstawie faktury, w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez WCO dokumentów wskazanych w ust.3. W przypadku opóźnień w przekazaniu przez Instytucję Pośredniczącą środków na realizację Projektu, wynagrodzenie będzie płatne w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania przez WCO środków na realizację Projektu na co POZ wyraża zgodę.

### § 13

#### Rozwiązanie umowy

1. WCO może odstąpić od umowy lub jej części:
  - a) w przypadku zaprzestania przez POZ realizacji Projektu, w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia będącego podstawą odstąpienia tj. od wysłania informacji do Instytucji Pośredniczącej o zaprzestaniu realizacji Projektu wskazanym w § 1
  - b) w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy przez POZ, w szczególności dotyczących obowiązków nałożonych na POZ, w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia będącego podstawą odstąpienia

### § 14

#### Postanowienia końcowe

1. Bez zgody WCO, POZ nie może dokonać żadnej czynności prawnej mającej na celu zmianę wierzyciela, w szczególności zawrzeć umowy poręczenia w stosunku do zobowiązań Zamawiającego.
2. POZ nie może wykonywać swoich zobowiązań za pomocą osób trzecich, niezatrudnionych w POZ.
3. Wszelkie zmiany postanowień umowy mogą nastąpić za zgodą obu Stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności.
4. Umowa może zostać zmieniona:
  - a) w przypadku zmiany wniosku o dofinansowanie,
  - b) w przypadku zmiany umowy o dofinansowanie,
  - c) w przypadku, gdy zmiana umowy jest konieczna dla prawidłowej realizacji projektu.
5. Organizator konkursu zastrzega możliwość zmiany umowy w zakresie liczby pacjentów wytypowanych do udziału w Projekcie przez daną placówkę, dopuszczając zwiększenie liczby pacjentów o 50 %, w przypadku, gdy inne placówki podstawowej opieki zdrowotnej nie wytypują odpowiedniej liczby pacjentów do prawidłowej realizacji Projektu. Projekt zakłada udzielenie łącznie przez wszystkie placówki 3750 konsultacji indywidualnych.
6. Zmiana umowy nie może dotyczyć warunków podlegających ocenie w ramach konkursu.
7. Spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla siedziby WCO.
8. Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla WCO i POZ.

\_\_\_\_\_  
WCO

\_\_\_\_\_  
POZ







Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój

wielkopolskie centrum onkologii

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



### Załącznik nr 1

Zakres obowiązków osoby wytypowanej przez placówki POZ do współpracy z WCO w ramach projektu pn. „Realizacja Programu profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim.”

1. Kompletowanie dokumentacji projektowej, w tym: ankieta, formularz zgłoszeniowy, oświadczenie uczestnika projektu dot. Przetwarzania danych osobowych, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.
2. Współpraca z Koordynatorami Projektu.
3. Kontrola liczby przeprowadzonych konsultacji.
4. Kontrola terminów i przekazanie dokumentacji dotyczących udzielenia indywidualnych konsultacji do biura Projektu w oryginałach.
5. Odpowiedzialność za oznaczenie Projektu: plakat w formacie min. A3, informacja na stronie placówki POZ (jeżeli taką posiada) o realizacji Programu Profilaktyki zgodnie z wytycznymi- załącznik do umowy, dystrybucja materiałów edukacyjnych.
6. Udostępnienie dokumentacji projektowej oraz pomieszczenia, w którym przetwarzane są dane osobowe, osobom upoważnionym do kontroli przez Instytucję Zarządzającą bądź Pośredniczącą.
7. Bezwzględne informacje o napotkanych problemach w trakcie realizacji.

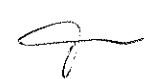


**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach wielkopolskim, lubuskim i zachodniopomorskim”**

<b>FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI</b>				
<b>Dane osobowe kandydata/-ki do projektu</b>				
Imię				
Nazwisko				
Data i miejsce urodzenia				
PESEL				
<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2)*	<input type="checkbox"/> Pomaturalne (ISCED 4)* <i>(ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)</i>	
<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1)*	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3)* <i>(ukończone na poziomie szkoły średniej - liceum, technikum, szkoła zawodowa)</i>		<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)*	
<b>Dane teleadresowe kandydata/-ki do projektu</b> <i>(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)</i>				
Ulica				
Numer domu/lokalu				
Miejscowość				
Powiat				
Kod pocztowy		Poczta		
Województwo				
Numer telefonu kontaktowego				
E-mail				
Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

\*Zgodnie z Międzynarodowym Standardem Klasyfikacji Kształcenia





Dane dotyczące statusu na rynku pracy		
1. Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
2. Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
2. a) Czy jest Pan/Pani osobą długotrwale bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
4. Czy jest Pan/Pani osobą pracującą?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jeśli jest Pan/i osobą pracującą to proszę podać miejsce pracy: .....		
5. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w pkt. 4 proszę podać swój status na rynku pracy:		
<input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Jestem osobą prowadzącą działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inna odpowiedź.....		
6. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w pkt. 4 proszę podać wykonywany zawód :		
<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy		



- pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
- rolnik
- inny ( jaki ? ) .....

7. Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem lub osobą obcego pochodzenia? <i>(Istnieje możliwość odmowy podania danych)</i>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
8. Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
9. Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnościami? <i>(Istnieje możliwość odmowy podania danych)</i>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
10. Czy jest Pan/Pani osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
11. Czy jest Pan/Pani osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
12. Czy jest Pan/Pani osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
13. Czy jest Pan/Pani osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)? <i>(Istnieje możliwość odmowy podania danych)</i>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

**Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.**

<p>_____</p> <p><i>Miejscowość i data</i></p>	<p>_____</p> <p><i>Czytelny podpis Kandydata</i></p>
---	--



**Załącznik nr 3**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z realizacją Projektu pn. „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy Plac Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.

2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:

a) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),

b) 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. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.);

2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

a) 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,

b) 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,

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,

d) 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).





3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Minister Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, beneficjentowi realizującemu projekt – Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie, Ul. Garbary 15 61-866, Poznań oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu (wykaz podmiotów znajduje się na stronie internetowej [www.opngis.pl](http://www.opngis.pl)).

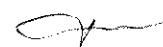
Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

6. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Czytelny podpis UCZESTNIKA PROJEKTU*





**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

wielkopolskie centrum onkologii

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 4

**Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym**

**Beneficjent:** Wielkopolskie Centrum Onkologii

**Tytuł projektu:** „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach wielkopolskim, lubuskim i zachodniopomorskim”

**Numer umowy:** POWR.05.01.00-00-0002/16-00

**Tytuł programu profilaktycznego:** „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach wielkopolskim, lubuskim i zachodniopomorskim” realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, zgodnie z „Ogólnopolskim programem profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielona uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	

Projekt „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



wielkopolskie centrum onkologii

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	

Projekt „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.



Ankieta dla pacjentów.

Kwestionariusz dla osoby zgłaszającej się na badanie w ramach Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi.

1. Imię :.....
2. Nazwisko:.....
3. PESEL: .....
4. Wykształcenie:  podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe
5. Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy  
 Umysłowa  Fizyczna  Nie pracuje zawodowo
6. Źródło informacji o badaniach wykonywanych w ramach programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi.  
 media (TV, radio, prasa)  lekarz POZ średnie  inne
7. Jakie objawy skłoniły Panią/Pana do zgłoszenia się do lekarza?  
 chrypka  trudności w połykaniu  pieczenie/ból jamy ustnej  inne
8. Jak często odwiedza Pan/Pani gabinet stomatologiczny  
 Jeden raz na 6 miesięcy  Raz w roku  Rzadziej niż raz w roku
9. Ile razy dziennie myje Pan/Pani zęby  
 Raz  Dwa  Trzy lub więcej  Wcale nie myje
10. Jaki pasty do zębów Pani używa .....
11. Czy stosuje Pan/Pani dodatkowo niżej wymienione środki higieny jamy ustnej  
 Nitkę dentystyczną  
 Irygacje wodne (przy pomocy Waterpick)  
 Szczoteczkę międzyzębową  
 Płukanki jamy ustnej
12. Czy wystąpiły u Pana/Pani któreś z niżej wymienionych objawów, jeśli tak to które  
 Krwawienie dziąseł w czasie szczotkowania  
 Samoistne krwawienie z dziąseł (podczas mówienia, jedzenia)  
 Nieprzyjemny zapach z ust  
 Powiększająca się ruchomość zębów  
 Przemieszczanie się zębów  
 Znaczny obrzęk dziąseł  
 Uczucie suchości w jamie ustnej (brak śliny)
13. Czy nosi Pani/Pan ruchome uzupełnienia protetyczne?  
 Tak od ilu lat? .....  Nie
14. Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara)  
 Tak  Nie
15. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali  
 1-5 papierosów

- 6-10 papierosów
- 11-15 papierosów
- powyżej 16 papierosów

16. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła?

- Tak  Nie

17. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń?

.....

(proszę wpisać rok)

18. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń?

- Tak  Nie

19. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?

- Tak Jakiej mocy/ rodzaju..... Nie

20. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gumi do żucia, spray itd.)

.....

21. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?

- Tak  Nie

22. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?

- codziennie
- 3-4 razy w tygodniu
- 1-2 razy w tygodniu
- okazjonalnie

23. Ilość życiowych partnerów seksualnych:

- 1-3  3-7  powyżej 7

24. Czy uprawia pani/pan seks oralny:  tak  nie

25. Z iloma partnerami uprawiał pan/pani seks oralny?

- poniżej 3  3-7  powyżej 7

26. Czy w rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) wystąpiła choroba nowotworowa?:

- tak  nie

27. Czy w rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa głowy i szyi?

- tak  nie

28. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową?

- tak  nie

29. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową głowy i szyi?

- tak  nie

30. Wiek w chwili rozpoznania choroby:.....





Załącznik nr 6

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

Z dniem [ \_\_\_\_\_ ] r., na podstawie art. 37 w związku z art. 31 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), upoważniam [ \_\_\_\_\_ ] do przetwarzania danych osobowych w zbiorze Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój [ \_\_\_\_\_ ] realizowanego przez

[ \_\_\_\_\_ ]

Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani\* stosunku prawnego z [ \_\_\_\_\_ ] lub z chwilą jego odwołania.

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis, osoby upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień.

Upoważnienie otrzymałem

\_\_\_\_\_  
miejscowość, data, podpis

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 (Dz.U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), a także z obowiązującymi w [ \_\_\_\_\_ ] Polityką Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych oraz Instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczenia, zarówno w okresie (trwania umowy) zatrudnienia w ....., jak też po jego ustaniu.

Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani\* (trwania umowy) zatrudnienia w.....lub z chwilą jego odwołania.

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

\*niepotrzebne skreśl



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



**ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA Nr \_\_\_\_\_  
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Z dniem \_\_\_\_\_ r., na podstawie art. 37 w związku z art. 31 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), odwołuję upoważnienie Pana /Pani\* \_\_\_\_\_ do przetwarzania danych osobowych nr \_\_\_\_\_ wydane w dniu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis osoby, upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\*niepotrzebne skreślić

