



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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 „*AOS*”

§ 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 AOS 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 - załącznik nr 18 do regulaminu konkursu oraz na stronie www.opngis.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 7 ośrodkami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) z terenu trzech województw (lubuskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie).
3. WCO oświadcza, że w ramach realizacji Projektu zaplanowano łącznie 5950 badań wykonanych przez lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). 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 AOS wynosi ok. 850 osób.

§ 4

Oświadczenia AOS

1. AOS oświadcza, że jest jednostką wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. AOS 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. AOS oświadcza, że dysponuje wystarczającymi zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem, umożliwiającymi należytą realizację Projektu oraz współpracuje z WCO w ramach Projektu.
4. AOS oświadcza, że zatrudnia minimum dwóch lekarzy ze specjalizacją z otolaryngologii/otorynolaryngologii.

§ 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.

§ 7

Zobowiązania AOS

1. AOS zobowiązuje się wytypować osobę odpowiedzialną za rozliczenia i koordynację działań w ramach Projektu. Zakres obowiązków osoby wytypowanej stanowi załącznik nr 1 do umowy.
2. AOS oświadcza, że lekarze zatrudnieni w AOS przebadają do dnia 30.06.2020 roku ok. 850 pacjentów kwalifikujących się i nie podlegających wykluczeniu z Programu zgodnie z jego zapisami. Przy czym w roku 2018 w jednym AOS przebadanych zostanie ok. 300 pacjentów, w roku 2019 w jednym AOS zostanie przebadanych ok. 360 pacjentów, natomiast w 2020 roku w jednym AOS zostanie przebadanych ok. 190 pacjentów.
3. W przypadku kwalifikacji osoby, która zgłosiła się samodzielnie do Programu, lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zobowiązany jest przekazać dostępne materiały edukacyjne oraz wypełnić wraz z pacjentem 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.
4. W przypadku kwalifikacji pacjenta przez lekarzy POZ do Programu, lekarz AOS wraz z pacjentem jest zobowiązany wypełnić następujące dokumenty: oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym - załącznik nr 4 do umowy, karta badania profilaktycznego - załącznik nr 6 do umowy.
5. Po wykonaniu badania przy użyciu fiberoskopu, w którym ocenione zostanie nosogardło, krtań oraz gardło dolne, pacjent otrzyma informację, czy wykryto u niego podejrzaną zmianę, jeżeli nie - pacjent kończy udział w projekcie (może ponownie wykonać badanie profilaktyczne ponownie po 24 miesiącach), jeżeli tak - lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skieruje pacjenta na etap diagnostyki pogłębionej do Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu.
6. AOS jest zobowiązany do podpisania z WCO umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w ramach realizacji projektu.
7. AOS 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 AOS przewiduje się, że AOS przebadają ok. 850 osób, u których występują objawy, o których mowa w § 5 ust. 1.

§ 9

Sposób realizacji świadczeń przez AOS

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

§ 10

Dokumentacja

1. WCO dostarcza wzory dokumentów niezbędnych do zakwalifikowania pacjenta do programu i udokumentowania udzielonej konsultacji.
2. W celu zakwalifikowania danej osoby do Projektu niezbędne jest wypełnienie zgodnie z punktem 3 i 4 § 7.
3. AOS przekazuje dokumentację dotyczącą wykonania badań- 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 AOS przetwarzanie danych osobowych, w imieniu i na rzecz Powierzającego (tj. Instytucji Pośredniczącej) na poniżej opisanych warunkach.
2. Przy przetwarzaniu danych osobowych AOS 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. AOS nie decyduje o celach i środkach przetwarzania powierzonych danych osobowych.
4. AOS 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. AOS 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 AOS posiadające imienne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych.
7. WCO w imieniu Powierzającego (tj. Instytucji Pośredniczącej) umocowuje AOS do wydawania i odwoływania osobom, o których mowa w ust. 6, imiennych upoważnień do przetwarzania danych osobowych. Upoważnienia przechowuje AOS w swojej siedzibie.
Wzór upoważnienia do przetwarzania danych osobowych oraz wzór odwołania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych zostały określone odpowiednio w załączniku nr 7 i 8 do umowy. Dopuszcza się stosowanie przez AOS innych wzorów niż określone odpowiednio w załączniku nr 7 i 8 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 AOS z osobą wskazaną w ust. 6. AOS 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. AOS prowadzi ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych w związku z wykonywaniem umowy.
9. WCO zobowiązuje AOS do wykonywania wobec osób, których dane dotyczą, obowiązków informacyjnych wynikających z art. 24 i art. 25 ustawy o ochronie danych osobowych.
10. AOS jest zobowiązany do podjęcia wszelkich kroków służących zachowaniu poufności danych osobowych przetwarzanych przez mające do nich dostęp osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych.
11. AOS 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. AOS 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 AOS obowiązków wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych, z rozporządzenia MSWiA lub z umowy, AOS 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:
- wstępu, w godzinach pracy AOS, 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;
 - żądać złożenia pisemnych lub ustnych wyjaśnień przez osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego;
 - wglądu do wszelkich dokumentów i wszelkich danych mających bezpośredni związek z przedmiotem kontroli oraz sporządzania ich kopii;
 - przeprowadzania oględzin urządzeń, nośników oraz systemu informatycznego służącego do przetwarzania danych osobowych.
15. AOS 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

- WCO za każde wykonane badanie pacjenta zakwalifikowanego do Programu zgodnie z § 5, zapłaci AOS kwotę w wysokości 174 zł brutto.
- Wynagrodzenie AOS stanowi iloczyn wykonanych kwartalnie badań (nie więcej niż wskazany limit przez WCO) i wynagrodzenia za każde wykonane badanie.
- Wynagrodzenie należne AOS płatne będzie kwartalnie. Podstawę do wystawienia faktury przez AOS stanowi komplet prawidłowo wypełnionych i przekazanych dla WCO oryginałów dokumentów:
 - w przypadku pacjenta, który zgłasza się samodzielnie: formularz zgłoszeniowy, oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, ankieta, karta badania,
 - w przypadku zgłoszenia pacjenta przez lekarza POZ : oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, karta badania.
- 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 AOS wyraża zgodę.

§ 13

Rozwiązanie umowy

- WCO może odstąpić od umowy lub jej części:

- a) w przypadku zaprzestania przez AOS 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 AOS, w szczególności dotyczących obowiązków nałożonych na AOS, w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia będącego podstawą odstąpienia.

§ 14

Postanowienia końcowe

1. Bez zgody WCO, AOS nie może dokonać żadnej czynności prawnej mającej na celu zmianę wierzyciela, w szczególności zawrzeć umowy poręczenia w stosunku do zobowiązań Zamawiającego.
2. AOS nie może wykonywać swoich zobowiązań za pomocą osób trzecich, niezatrudnionych w AOS.
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 ośrodki 7500 wykonanych badań laryngologicznych przy użyciu fiberoskopu.
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 AOS.

WCO

AOS



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1

Zakres obowiązków osoby wytypowanej przez ośrodek AOS 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 badań laryngologicznych przy użyciu nasofiberoskopu.
4. Kontrola terminów i przekazanie dokumentacji dotyczących badań do biura Projektu w oryginałach.
5. Odpowiedzialność za oznaczenie Projektu: plakat w formacie min. A3, informacja na stronie ośrodka AOS (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.

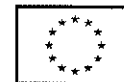




Załącznik nr 2

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

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI			
Dane osobowe kandydata/-ki do projektu			
Imię			
Nazwisko			
Data i miejsce urodzenia			
PESEL			
Wykształcenie	<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)*	
Dane teled adresowe kandydata/-ki do projektu <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** :

- instruktor praktycznej nauki zawodu
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- nauczyciel kształcenia ogólnego
- nauczyciel kształcenia zawodowego
- nauczyciel wychowania przedszkolnego
- 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
	<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?		
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.

<hr/> <p><i>Miejscowość i data</i></p>	<hr/> <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).
- 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	

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



Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
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.



Załącznik nr 5

Data badania:

.....
Pieczętka Ośrodka

Ankieta dotycząca czynników ryzyka

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. Jakej 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/ rodzaj?..... Nie
20. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gumy 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



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

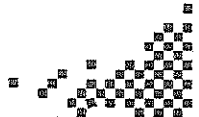

wielkopolskie centrum onkologii

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



24. Czy uprawia pan/pani 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:.....





Data badania:

.....

Pieczętka ośrodka

Karta badania profilaktycznego pacjenta w ramach
Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi.

I. Badanie otolaryngologiczne:

1. Badanie uszu:

- Wygląd skóry małżowiny usznej:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- Skóra przewodu słuchowego zewnętrznego: bez patologii,
 - bez patologii,
 - inne:.....
- Błona bębenkowa: bez patologii,
 - bez patologii,
 - inne:.....

2. Badanie nosa:

- Wygląd nosa zewnętrznego:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- Błona śluzowa nosa:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- przegroda nosa ocena (perforacje, skrzywienie), obecność patologicznych mas w obrębie jamy nosa (polipy, guz):
 - bez patologii,
 - inne:.....

3. Badanie jamy ustnej i gardła środkowego:



Każdorazowo przed badaniem należy poprosić chorego o usunięcie protez zębowych!

- Ocena języka (grzbiet języka, brzegi języka oraz powierzchnia brzuszna) dno jamy ustnej, dziąsła, trójkąt zatrzonowcowy:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- Podniebienie miękkie i twarde, migdałki podniebiennych oraz tylnej ściany gardła migdałki, podniebienie, język oraz dno jamy ustnej: ślinianki podżuchwowe w badaniu palpacyjnym:
 - bez patologii,
 - inne:.....

4. Badanie szyi:

- szyja:
 - bez patologii,
 - inne:.....

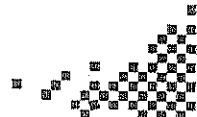
II. Badanie nazofiberoskopowe- ocena nosogardła, krtani oraz gardła dolnego:

Przed wykonaniem badania fiberoskopowego, każdorazowo należy założyć anemizację do nosa !

- nasada języka:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- ujścia gardłowe trąbek słuchowych:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- nosogardło:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- okolica przednagłośniowa:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- krtień (nagłośnia, okolica nadgłośniowa, okolica głośni) należy zwrócić szczególną uwagę na ruchomość fałdów głosowych:
 - bez patologii,
 - inne:.....



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



wielkopolskie centrum onkologii

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- gardło dolne (należy zwrócić szczególną uwagę na ewentualne zaleganie wydzieliny):
 - bez patologii,
 - inne:.....
- zachyłki gruszkowate:
 - bez patologii,
 - inne:.....





Załącznik nr 7

**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

miejsce, data, podpis

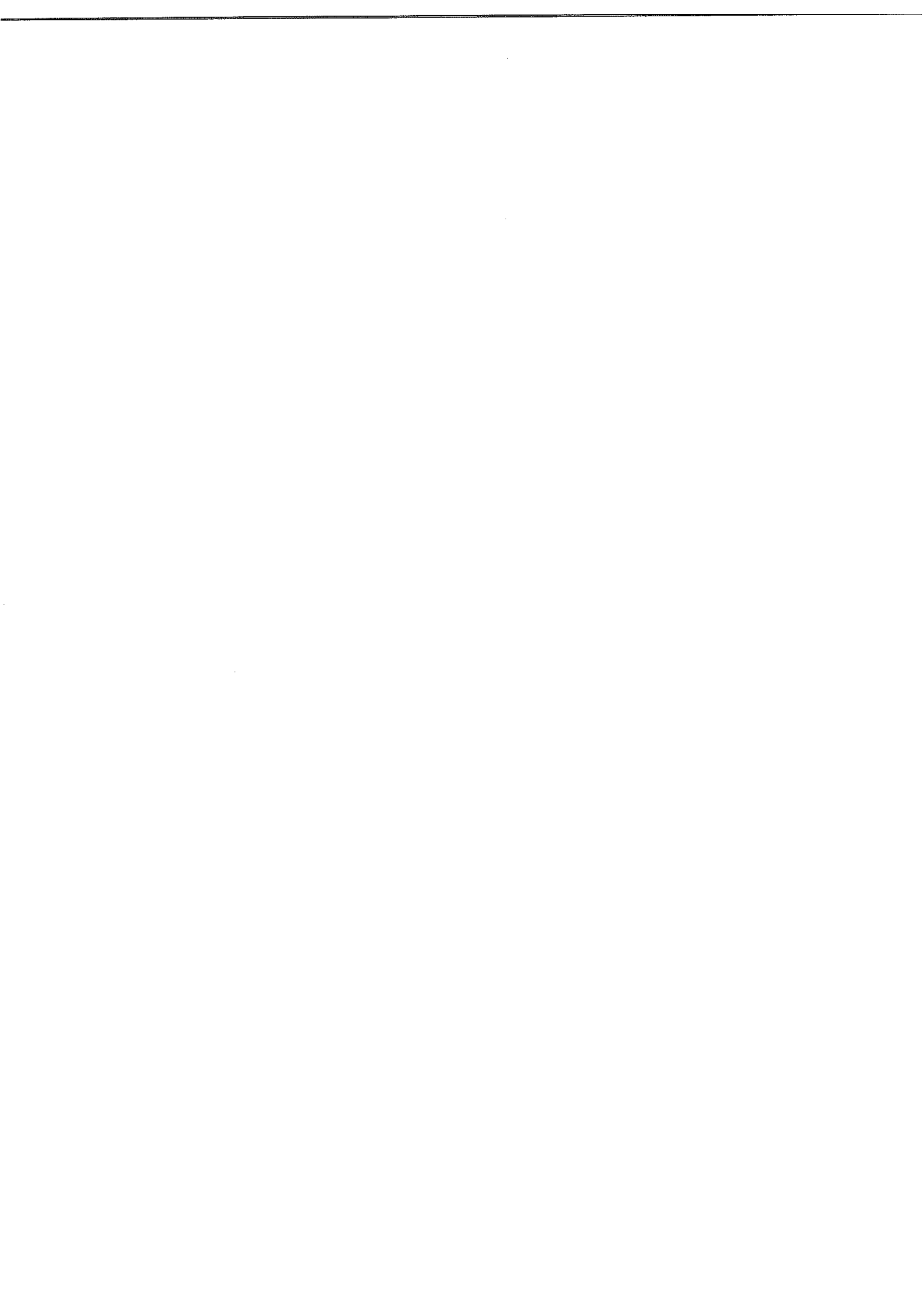
Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), a także z obowiązującymi w [_____] Polityką Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych oraz Instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych i zobowiązuje 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





Załącznik nr 8

**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

