

## REGULAMIN PROJEKTU

### **„Realizacja regionalnego programu zdrowotnego - zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi”**

#### **§1 Informacja o projekcie**

1. Projekt pn.: „Realizacja regionalnego programu zdrowotnego - zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi” nr RPWP.06.06.01-30-0028/19, został złożony w odpowiedzi na konkurs zamknięty nr RPWP.06.06.01-IZ.00-30-003/19 ogłoszony w ramach Osi priorytetowej 6 Rynek pracy, Działanie 6.1 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne, Poddziałanie 6.6.1 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne,
2. Projekt jest dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa. Środki przyznane na realizację wydatków bieżących ze środków europejskich: 2 836 491,58 PLN. Środki przyznane na realizację wydatków bieżących z dotacji celowej: 333 704,89 PLN,
3. Projekt realizowany jest od 01.07.2020 do 30.06.2023 na terenie województwa wielkopolskiego,
4. Niniejszy regulamin określa zasady uczestnictwa w projekcie pt.: „Zapobieganiem ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi”.

#### **§2 Definicje**

Użyte w niniejszym Regulaminie pojęcia oznaczają:

1. Projekt – projekt pn.: „Realizacja regionalnego programu zdrowotnego - zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi”, nr RPWP.06.06.01-30-0028/19,
2. Beneficjent – Wielkopolskie Centrum Onkologii, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
3. Uczestnik/czka projektu – osoba zakwalifikowana do udziału w Projekcie,
4. Biuro projektu – Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań, Zakład Epidemiologii i Profilaktyki Nowotworów pokój D009,
5. Strona internetowa Programu – [www.wco.pl/psgp](http://www.wco.pl/psgp),
6. Instytucja Zarządzająca – Zarząd Województwa Wielkopolskiego,

7. WRPO - Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014 -2020,
8. RPZ- Regionalny program Zdrowotny,
9. EFS - Europejski Fundusz Społeczny,
10. Jednostka Kwalifikująca – 5 placówek w województwie wielkopolskim, tj. w Poznaniu, Kaliszu, Pile, Lesznie, Koninie (dane teleadresowe dostępne na stronie internetowej Programu),
11. Personel medyczny – lekarz specjalista, pielęgniarka/położna,
12. Lekarz specjalista – onkolog/hematolog, chirurg onkolog, onkolog kliniczny i inni,
13. Grupa docelowa to:
  - a) 4250 osób fizycznych (2508K, 1742M) w wieku aktywności zawodowej (które ukończyły 18 rok życia) z terenu województwa wielkopolskiego (w rozumieniu przepisów KC), z nowo rozpoznanymi nowotworami złośliwym (rak płuca, sutka, trzonu lub szyjki macicy, jelita grubego, odbytnicy, pęcherza moczowego, przewlekła białaczka limfocytowa) i spełniającymi pozostałe kryteria kwalifikacji wskazane w programie,
  - b) 68 osób/lekarzy specjalistów uczestniczących w szkoleniach w ramach projektu,
14. Osoba w wieku aktywności zawodowej to:
  - a) **Osoba pracująca:**

która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracuje ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie.

Osoba prowadząca działalność na własny rachunek–prowadząca działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową -jest również uznawana za pracującą, 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.

Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”. Żołnierz poborowy, który wykonuje określoną pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie lub innego rodzaju zysk nie jest uznawany za „osobę pracującą”.

Osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, który zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem) jest uznawany za „osobę pracującą”

Osoba przebywająca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowaną opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego) jest uznawana za „osobę bierną zawodowo”, chyba że jest zarejestrowana już jako „osoba bezrobotna” (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).

„Zatrudnienie subsydiowane” jest uznawane za „zatrudnienie”. Należy je rozumieć jako zachętę do zatrudnienia zgodnie z definicjami Polityki Rynku Pracy: Zachęty do zatrudnienia obejmują środki, które ułatwiają rekrutację osób bezrobotnych i innych grup docelowych lub pomagają zapewnić ciągłość zatrudnienia osób narażonych na przymusowe zwolnienie z pracy. Zachęty do zatrudnienia odnoszą się do subsydiowania miejsc pracy na otwartym rynku prac, które mogą istnieć lub zostać stworzone bez dotacji publicznych i które, jak należy mieć nadzieję, utrzymają się po okresie subsydiowania. Miejsca pracy, które mogą być subsydiowane, dotyczą zwykle sektora prywatnego, ale do uzyskania wsparcia kwalifikują się również miejsca pracy z

sektora publicznego i instytucji niekomercyjnych, przy czym rozróżnienie nie jest wymagane. Środki publiczne w postaci zachęt w zakresie zatrudnienia mają swój udział w kosztach zatrudnienia, przy czym większość tych kosztów nadal ponosi pracodawca. Nie wyklucza to jednak przypadków, kiedy wszystkie koszty pracy pokrywane są przez określony czas ze środków publicznych.

Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. Studenci studiów stacjonarnych, którzy są zatrudnieni (również na część etatu) powinni być wykazywani jako osoby pracujące.

Osoby przebywające na urlopie rodzicielskim lub wychowawczym w przypadku, gdy jednocześnie pracują w niepełnym wymiarze czasu, uznawane są za osoby pracujące.

#### **b) Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**

Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2004 Nr 99 poz. 1001). Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne

#### **c) Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**

Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne.

### **§3 Zakres wsparcia**

Projekt przewiduje następujące formy wsparcia:



1. działania informacyjno-edukacyjno-szkoleniowe, dotyczące tematyki Regionalnego Programu Zdrowotnego/RPZ, w tym edukacji prozdrowotnej, skierowane do odbiorców programu,
2. działania informacyjno-szkoleniowe, związane z wdrażaniem Regionalnego Programu Zdrowotnego/RPZ skierowane do personelu medycznego,
3. usługi zdrowotne i przygotowanie do ich wykonywania,
4. monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.

#### **§4 Kryteria udziału w projekcie (pacjenci)**

1. Projekt jest skierowany do osób w wieku aktywności zawodowej, które ukończyły 18 r.ż., z terenu województwa wielkopolskiego (uczą się, pracują lub zamieszkują one na obszarze województwa wielkopolskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego, natomiast w przypadku osób bezdomnych, przebywają one na tym obszarze), z nowo rozpoznanymi nowotworami złośliwymi i spełniającymi pozostałe kryteria kwalifikacji wskazane w programie,
2. Uczestnikami projektu mogą być osoby w wieku aktywności zawodowej:
  - a. pacjenci w wieku 18+,
  - b. z nowo rozpoznanymi nowotworami złośliwymi: rak płuca, rak sutka, rak trzonu macicy, rak szyjki macicy, rak jelita grubego, rak odbytnicy, rak pęcherza moczowego, przewlekła białaczka limfocytowa,
  - c. nie rozpoczęły jeszcze leczenia radykalnego immunoterapią/chemioterapią,
  - d. nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom i/lub które w danym sezonie epidemicznym nie były szczepione szczepionką przeciwko grypie,
  - e. nie posiadają przeciwwskazań lekarskich do takich szczepień, w tym przeciwwskazań wskazanych przez lekarza prowadzącego leczenie onkologiczne,
  - f. wyrażą pisemną zgodę na udział w programie.
3. Czynnikiem wykluczającym kwalifikację uczestnika do programu są:
  - a. już wcześniej zdiagnozowany nowotwór złośliwy (w przypadku pacjenta z nowotworem mnogim - decyduje lekarz kwalifikujący do szczepienia),
  - b. brak świadomej zgody pacjenta na udział w programie lub jej cofnięcie w trakcie programu,

- c. wcześniejsze rozpoczęcie chemioterapii/immunoterapii przez pacjenta lub okres poniżej 2 tygodni do rozpoczęcia chemioterapii,
  - d. zaszczepienie PCV-13 lub PPSV-23 (kryterium wyłączające dla szczepienia przeciwko pneumokokom),
  - e. zaszczepienie inaktywowanym wirusem grypy typu split lub sub-unit (kryterium wyłączające dla szczepienia przeciwko grypie),
  - f. przeciwwskazania do szczepienia za pomocą skoniugowanej szczepionki 13-walentnej przeciwko *Streptococcus pneumoniae* (kryterium wyłączające dla szczepienia przeciwko pneumokokom),
  - g. przeciwwskazania do szczepienia przeciwko grypie (kryterium wyłączające dla szczepienia przeciwko grypie,
4. Osoba spełniająca kryteria włączenia do programu będzie mogła tylko raz skorzystać ze wsparcia w postaci zaszczepienia.

#### **§5 Rekrutacja Uczestników Projektu (pacjentów)**

1. Rekrutacja Uczestników do projektu jest przeprowadzana przez lekarzy specjalistów i odbywa się w sposób ciągły przez cały okres realizacji projektu w jednostkach kwalifikujących. Decyzję o zakwalifikowaniu do programu, po przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym, podejmuje lekarz specjalista,
2. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości płci, zasady niedyskryminacji oraz dostępności dla osób z niepełnosprawnością,
3. Dla zapewnienia równego dostępu wszystkim Uczestnikom, w siedzibie Wielkopolskiego Centrum Onkologii została utworzona specjalna Poradnia Programu Szczepień przeciwko grypie i pneumokokom realizująca w dni robocze dyżury popołudniowe (2 godziny dziennie) – więcej informacji na stronie internetowej Programu,
4. Osoby, które chciałyby zgłosić poszczególne potrzeby związane z niepełnosprawnościami proszone są o kontakt z kadrą projektu w celu uzgodnienia dogodnych warunków udzielania wsparcia, dane teleadresowe dostępne na stronie internetowej Programu
5. W celu zapewnienia dogodnych warunków udzielania wsparcia zgłoszenia szczególnych potrzeb powinno nastąpić na 7 dni przed planowaną formą udzielenia wsparcia,



6. W siedzibie Beneficjenta osoby z niepełnosprawnościami w celu skorzystania z badań profilaktycznych mogą korzystać ze wsparcia personelu projektu, po zgłoszeniu zapotrzebowania w punkcie informacyjnym,
7. Warunkiem udziału w Projekcie poza spełnieniem kryteriów, o których mowa w §4, jest złożenie deklaracji uczestnictwa za pośrednictwem lekarza specjalisty – załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu,
8. Złożenie deklaracji uczestnictwa nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu,
9. Deklaracje uczestnictwa są weryfikowane pod kątem spełnienia warunków udziału w projekcie przez Koordynatora projektu lub innego wyznaczonego pracownika Projektu,
10. Celem zapewnienia równości szans i niedyskryminacji w dostępie do świadczeń oferowanych w Programie dla uczestników z terenu województwa wielkopolskiego - organizator zapewnia zwrot kosztów dojazdu – regulamin zwrotu oraz wnioski o zwrot stanowią załącznik nr 9 do niniejszego Regulaminu.

#### **§6 Rekrutacja Uczestników Projektu (lekarzy)**

11. Rekrutacja Uczestników Projektu/lekarzy odbywać się będzie na konkretne szkolenie,
12. Rekrutacja zamknięta, ograniczona do personelu medycznego z jednostek kwalifikujących (chirurgów onkologów, onkologów klinicznych, hematologów i in.; personel medyczny, który będzie brał udział w projekcie musi posiadać co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami onkologicznymi.),
13. Personel medyczny weźmie udział w szkoleniu m.in. w zakresie przeprowadzenia lekarskiego badania kwalifikacyjnego pacjentów z noworozpoznaną chorobą nowotworową celem zaszczepienia przeciwko pneumokokom i/lub grypie. Lekarze wypełnią 2 ankiety (pretest i posttest), które umożliwią porównanie nabytej wiedzy,
14. Szkolenie odbędzie się dla 6 grup (po 10-12 os.) i potrwa 2 dni: pierwszy dzień - 6 godz., dzień drugi - 4 godz. Miejsca prowadzenia szkoleń i terminy zostaną ustalone po rozpoczęciu projektu i nie będą stanowiły bariery do wzięcia udziału w szkoleniu (miejscza dostosowane architektonicznie do ewentualnej niepełnosprawności personelu, terminy niekolidujące z zawodowymi obowiązkami, i in.). Szkolenia przeprowadzone zostaną w Poznaniu, pozostałe 4 w innych subregionach w woj. wielkopolskim.

15. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości płci, zasady niedyskryminacji oraz dostępności dla osób z niepełnosprawnością,
16. Osoby, które chciałyby zgłosić poszczególne potrzeby związane z niepełnosprawnościami proszone są o kontakt z kadrą projektu w celu uzgodnienia dogodnych warunków udzielania wsparcia, dane teleadresowe dostępne na stronie internetowej Programu,
17. W celu zapewnienia dogodnych warunków udzielania wsparcia zgłoszenia szczególnych potrzeb powinno nastąpić na 7 dni przed planowaną formą udzielenia wsparcia,
18. W siedzibie Beneficjenta osoby z niepełnosprawnościami mogą korzystać ze wsparcia personelu projektu, po zgłoszeniu zapotrzebowania w punkcie informacyjnym,
19. Warunkiem udziału w Projekcie jest złożenie oświadczenia dot. potwierdzenia kwalifikowalności wraz z formularzem danych osobowych - załącznik nr 4 niniejszego Regulaminu,
20. Złożenie oświadczenia wraz z formularzem nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu,
21. Oświadczenia wraz z formularzami są weryfikowane pod kątem spełnienia warunków udziału w projekcie przez Koordynatora projektu lub innego wyznaczonego pracownika Projektu. Rekrutacja do wyczerpania limitu miejsc. Decyduje kolejność zgłoszeń,
22. Celem zapewnienia równości szans i niedyskryminacji w dostępie do świadczeń oferowanych w Programie dla uczestników z terenu województwa wielkopolskiego - organizator zapewnia zwrot kosztów dojazdu – regulamin zwrotu oraz wniosek o zwrot stanowią załącznik nr 9 do niniejszego Regulaminu.

## **§7 Program szczepień**

Postępowanie związane ze szczepieniem:

1. Ocena ogólna stanu zdrowia przez lekarza, ocena przeciwwskazań do szczepienia oraz I ocena poziomu wiedzy,
2. Szczepienie jedną dawką 13-walentnej szczepionki skoniugowanej przeciw pneumokokom lub/i jedną dawką szczepionki przeciw grypie oraz II ocena poziomu wiedzy,
3. Ocena występowania NOP w okresie do 4 tygodni od szczepienia - zgłoszenie przez Pacjenta informacji o NOP.

Postępowanie związane z monitorowaniem częstości infekcji i terminowości podawanej terapii przeciwnowotworowej:

1. Przy każdej wizycie związanej z leczeniem zbierany będzie szczegółowy wywiad na temat infekcji,
2. Odnotowywanie każdego zakażenia występującego pomiędzy wizytami u lekarza onkologa/ hematologa,
3. Kontrola terminowości podawania chemioterapii i odnotowywanie ewentualnych odstępstw wraz z podaniem przyczyny (infekcje, bądź inne zdarzenia – lekarze koordynujący).

Edukacja chorych pod kątem sposobów unikania zakażeń i higienicznego trybu życia (prowadzona przez lekarza mającego minimum 2 letnie doświadczenie w prowadzeniu pacjentów onkologicznych (tj. specjalista onkolog, immunolog, hematolog itp.).

### **§8 Obowiązki uczestników Projektu**

Uczestnicy projektu zobowiązani są do:

- aktywnego uczestnictwa we wszystkich przewidzianych dla nich formach wsparcia, przestrzegania niniejszego regulaminu,
- wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych (w tym danych wrażliwych – jeśli dotyczy) – załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu,
- wypełnianie wszelkich wymaganych dokumentów/ankiet związanych z realizowanymi w ramach projektu formami wsparcia – załącznik nr 6 do niniejszego regulaminu (dotyczy pacjentów)
- przekazania swoich danych kontaktowych (e-mail, nr telefonu),
- wyrażenia zgody na kontakt ze strony Beneficjenta programu w celu oceny satysfakcji uczestników, a także na wykorzystanie danych w celach statystycznych i oceny efektywności programu w czasie.

### **§9 Zasady rezygnacji z udziału w projekcie**

1. Rezygnacja z udziału w projekcie możliwa jest wyłącznie w uzasadnionych przypadkach i następuje poprzez złożenie pisemnego oświadczenia.



2. Uzasadnione przypadki, o których mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu mogą wynikać z ważnych przyczyn osobistych lub zdrowotnych, ewentualnie działania siły wyższej i z zasady nie mogą być znane Uczestnikowi projektu - pacjentowi/personelowi medycznemu w momencie rozpoczęcia udziału w Projekcie.
3. W przypadku rezygnacji z udziału w Projekcie, Uczestnik projektu - pacjent/personel medyczny jest zobowiązany powiadomić o tym fakcie Beneficjenta.
4. W przypadku rezygnacji Uczestnika projektu - pacjenta/personelu medycznego, na jego miejsce przyjmowana jest osoba z listy rezerwowej. W przypadku odmowy wzięcia udziału w Projekcie przez tę osobę, do udziału kwalifikowana jest kolejna osoba z listy rezerwowej.

### **§10 Postanowienia końcowe**

1. Beneficjent nie ponosi odpowiedzialności za zmiany w dokumentach programowych i wytycznych dotyczących Osi priorytetowej 6 Rynek pracy, Działanie 6.1 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne, Poddziałanie 6.6.1 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne.
2. Regulamin jest dostępny w siedzibach: Biura Projektu, Jednostek Kwalifikujących oraz na stronie internetowej Programu.
3. Beneficjent zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego Regulaminu w trakcie trwania Projektu.
4. Sprawy nieuregulowane niniejszym Regulaminem oraz wszelkie decyzje związane z realizacją Projektu rozstrzygane są przez Beneficjenta Projektu.
5. Interpretacji Regulaminu udziału w Projekcie dokonuje Beneficjent w oparciu o odpowiednie reguły i zasady wynikające z Projektu, a także odpowiednie przepisy prawa Unii Europejskiej.
6. Regulamin udziału w Projekcie wchodzi w życie z dniem rozpoczęcia projektu, tj. 1.07.2020r.
7. Integralną część regulaminu stanowią następujące załączniki:
  - a. załącznik nr 1 – Deklaracja uczestnictwa,
  - b. załącznik nr 2 – Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym,
  - c. załącznik nr 3 – Formularz danych osobowych Uczestnika projektu (pacjenta)

- d. załącznik nr 4 – Formularz danych osobowych Uczestnika projektu (personel medyczny)
- e. załącznik nr 5 – Oświadczenie Uczestnika projektu (RODO)
- f. załącznik nr 6 – Ankieta anonimowa dot. wiedzy o szczepieniach ochronnych przeciwko pneumokokom i grypie
- g. załącznik nr 7 – Książeczka szczepień
- h. załącznik nr 8 – Karta uodpornienia
- i. załącznik nr 9 – Regulamin składania wniosków o zwrot kosztów dojazdu wraz z wnioskiem o zwrot kosztów

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

Prof. dr hab. Andrzej Marszałek  
.....  
Podpis

Poznań, dnia 1.07.2020r.

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (załącznik nr 1)

Ja niżej podpisany/a ..... (imię i nazwisko)

.....(data urodzenia) potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności określone w regulaminie konkursu tzn.

Jestem:

- osobą w wieku aktywności zawodowej<sup>1</sup> (18 lat i więcej), z obszaru województwa wielkopolskiego (uczę się, pracuję lub zamieszkuję na obszarze województwa wielkopolskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego, w przypadku osób bezdomnych - przebywam na tym obszarze),
- zostałem zakwalifikowany/a do programu podczas lekarskiego badania kwalifikacyjnego i nie posiadam przeciwwskazań lekarskich do szczepień, w tym przeciwwskazań wskazanych przez lekarza prowadzącego leczenie onkologiczne,
- nie rozpocząłem/am jeszcze leczenia radykalnego immunoterapią/chemioterapią,
- nie byłem/am szczepiony/a szczepionką przeciwko pneumokokom
- w danym sezonie epidemicznym nie byłem/am szczepiony/a szczepionką przeciwko grypie

Zostałem poinformowany o kryteriach wyłączenia z programu i je akceptuję.

☐ TAK

☐ NIE

Świadomie wyrażam zgodę na udział w programie

☐ TAK

☐ NIE

Wyrażam zgodę na kontakt w celu oceny satysfakcji, a także na wykorzystanie danych w celach statystycznych i oceny efektywności programu

☐ TAK, preferowana forma kontaktu: ☐ listownie, ☐ telefonicznie, ☐ mailowo

☐ NIE

Oświadczam, że otrzymałam/em materiały edukacyjne dotyczące programu

☐ TAK

☐ NIE

Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy ale gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia

**(UWAGA to oświadczenie zaznacza tylko osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy; jeśli nie dotyczy zostawia puste)**

☐ TAK

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Uczestnika)

<sup>1</sup> Osoba w wieku aktywności zawodowej to osoba pracująca, osoba bezrobotna zarejestrowana albo niezarejestrowana w urzędzie pracy oraz osoba w wieku emerytalnym, która pozostaje bez pracy ale aktywnie poszukuje zatrudnienia i jest gotowa podjąć pracę.



ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM  
(załącznik nr 2)

*(pieczęć nagłówkowa)*

W wyniku przeprowadzonego w dniu ..... o godzinie ..... lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:

u Pana/i ..... urodzonego/ej  
w dniu ..... zamieszkałego/ej w

.....

*(adres zamieszkania)*

z rozpoznaniem choroby nowotworowej .....

- ☐ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:  
☐ pneumokokom  
☐ grypie

w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego

- ☐ stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:  
☐ pneumokokom  
☐ grypie

dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia do dnia.....

- ☐ stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia, dające podstawy do długotrwałego odroczenia wykonania szczepienia

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:

.....

.....

....., dnia .....

*(miejscowość)*

.....  
*(pieczęć i podpis lekarza)*

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU (załącznik nr 3)

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|                                                    | NAZWA                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DANE UCZESTNIKA PROJEKTU                                                                                                                                                                         |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| Dane Uczestnika                                    | IMIĘ                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | NAZWISKO                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | PESEL                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | WYKSZTAŁCENIE                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe<br><input type="checkbox"/> Podstawowe<br><input type="checkbox"/> Gimnazjalne                                                                    |                              |                                                    |  |  |  | <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne<br><input type="checkbox"/> Policealne<br><input type="checkbox"/> Wyższe |  |  |  |  |  |
| Dane kontaktowe Uczestnika                         | Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu)                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Kod pocztowy/ Miejscowość                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Powiat/ Gmina                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Telefon kontaktowy                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Adres e-mail                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| Status uczestnika w dniu przystąpienia do projektu | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:<br><input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Inne<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                            |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:<br><input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Inne<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                            |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Osoba bierna zawodowo, w tym:<br><input type="checkbox"/> Osoba ucząca się<br><input type="checkbox"/> Osoba nieuczęszczająca w kształceniu lub szkoleniu                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Inne<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                            |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Osoba pracująca w tym zatrudniona w :<br><input type="checkbox"/> W administracji rządowej<br><input type="checkbox"/> W administracji samorządowej<br><input type="checkbox"/> W organizacji pozarządowej<br><input type="checkbox"/> MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie) | <input type="checkbox"/> W dużym przedsiębiorstwie<br><input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność gospodarczą<br><input type="checkbox"/> Inne<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Wykonywany zawód:                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Czy należy Pan/-i do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NIE |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Osoba z niepełnosprawnościami*                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|                                                    | Akceptuję regulamin projektu, który jest mi znany                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NIE |                                                    |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |

\*Jeśli TAK, proszę opisać, czy ma Pan/Pani specjalne wymagania związane z niepełnosprawnością (np. podjazd dla wózka inwalidzkiego itp.):

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Uczestnika)

**OŚWIADCZENIE DOT. POTWIERDZENIA KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA (personel med.)  
(załącznik nr 4)**

Ja niżej podpisany ..... (imię i nazwisko) potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności określone w regulaminie konkursu tzn. jestem:

lekarzem/rką ..... (proszę podać jakiej specjalizacji)

numer prawa wykonywania zawodu.....

Posiadam min 2 - letnie doświadczenie w pracy z pacjentami onkologicznymi i będę przeprowadzał/a kwalifikacje do szczepień w ramach projektu w jednostce kwalifikującej

.....  
Czytelny podpis Uczestnika Projektu

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NAZWA                                              | DANE UCZESTNIKA PROJEKTU                                                                                                                                                                         |                                                                                                                     |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Dane Uczestnika                                                                                                                                                                                                                                                                       | IMIĘ                                               |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NAZWISKO                                           |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PESEL                                              |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | WYKSZTAŁCENIE                                      | <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe<br><input type="checkbox"/> Podstawowe<br><input type="checkbox"/> Gimnazjalne                                                                    | <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne<br><input type="checkbox"/> Policealne<br><input type="checkbox"/> Wyższe |                                                    |
| Dane kontaktowe Uczestnika                                                                                                                                                                                                                                                            | Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu)      |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Kod pocztowy/ Miejscowość                          |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Powiat/ Gmina                                      |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Telefon kontaktowy                                 |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Adres e-mail                                       |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Status uczestnika w dniu przystąpienia do projektu | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:<br><input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna                                                                    | <input type="checkbox"/> Inne<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                               |                                                    |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:<br><input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna                                                                                                                                                            |                                                    | <input type="checkbox"/> Inne<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                                    |
| Osoba bierna zawodowo, w tym:<br><input type="checkbox"/> Osoba ucząca się<br><input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu                                                                                                                             |                                                    | <input type="checkbox"/> Inne<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                                    |
| Osoba pracująca w tym zatrudniona w :<br><input type="checkbox"/> W administracji rządowej<br><input type="checkbox"/> W administracji samorządowej<br><input type="checkbox"/> W organizacji pozarządowej<br><input type="checkbox"/> MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie) |                                                    | <input type="checkbox"/> W dużym przedsiębiorstwie<br><input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność gospodarczą<br><input type="checkbox"/> Inne<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |                                                                                                                     |                                                    |
| Wykonywany zawód:                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                    |
| Czy należy Pan/-i do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia                                                                                                                                                                                           |                                                    | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NIE                                                                                        | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań                                                                                                                                                                                                                       |                                                    | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NIE                                                                                        |                                                    |
| Osoba z niepełnosprawnościami*                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NIE                                                                                        | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)                                                                                                                                                                                                         |                                                    | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NIE                                                                                        | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| Akceptuję regulamin projektu, który jest mi znany                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NIE                                                                                        |                                                    |

\*Jeśli TAK, proszę opisać, czy ma Pan/Pani specjalne wymagania związane z niepełnosprawnością (np. podjazd dla wózka inwalidzkiego itp.): .....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika Projektu

Projekt „Realizacja regionalnego programu zdrowotnego - Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+)



### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU (załącznik nr 5)

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Realizacja regionalnego programu zdrowotnego - zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
- W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych
  - w ramach zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 – 2014-2020: Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e-mail: inspektor.ochrony@umww.pl,
  - w ramach zbioru Centralny system teleinformatyczny: Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, e-mail: iod@miir.gov.pl.
- Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
  - w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:
    - 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.);
    - 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, z późn. zm.);
    - ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);
  - w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
    - 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.);
    - 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, z późn. zm.);
    - ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, 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).
- Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu RPWP.06.06.01-30-0028/19, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz w celu archiwizacji w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
- Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Zarząd Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań (nazwa i adres właściwej Instytucji Zarządzającej), Beneficjentowi realizującemu Projekt – Wielkopolskie Centrum Onkologii, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu - wykaz podmiotów znajduje się na stronie <https://wco.pl/>. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.
- Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
- W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
- W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.<sup>2</sup>
- Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
- Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Uczestnika)

<sup>2</sup> Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których zostały wprowadzone kryteria wyboru dotyczące efektywności zatrudnieniowej lub społeczno-zatrudnieniowej mierzonej do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.

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

## **ANKIETA ANONIMOWA DOTYCZĄCA WIEDZY O SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH PRZECIWKO PNEUMOKOKOM I GRYPIE (załącznik nr 6)**

### **CZĘŚĆ I - TEST „PRE”**

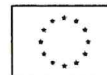
1. Szczepienia ochronne dla osób dorosłych są w Polsce:
  - A. obowiązkowe;
  - B. zalecane;
  - C. nie wiem.
2. Czy szczepienia ochronne p/pneumokokom i p/grypie są w Polsce obowiązkowe?
  - A. tak;
  - B. nie;
  - C. tak p/pneumokokom, nie p/grypie;
  - D. nie p/pneumokokom, tak p/grypie;
  - E. nie wiem.
3. W których grupach wiekowych najczęściej występują powikłania chorób zakaźnych?
  - A. u dzieci;
  - B. u dorosłych;
  - C. we wszystkich grupach wieku;
  - D. nie wiem.
4. O jakich szczepieniach powinny pamiętać osoby dorosłe o obniżonej odporności?
  - A. przeciw grypie;
  - B. przeciw pneumokokom;
  - C. odpowiedzi A i B są prawidłowe;
  - D. nie wiem.
5. Szczególnie narażone na zachorowanie na grypę są:
  - A. dzieci do 5 roku życia;
  - B. osoby po 65 roku życia;
  - C. osoby w stanach obniżonej odporności i chorzy na nowotwory;
  - D. wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe.
6. Czy szczepionka p/pneumokokom może być podawana jednocześnie ze szczepionką p/grypie?
  - A. tak, wstrzyknięcia należy wykonać w różne miejsca ciała przy użyciu osobnych strzykawek;
  - B. nie;
  - C. nie wiem.



**ANKIETA ANONIMOWA DOTYCZĄCA WIEDZY O SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH  
PRZECIWKO PNEUMOKOKOM I GRYPIE  
CZĘŚĆ II - TEST „POST”**

1. Szczepienia ochronne dla osób dorosłych są w Polsce:
  - A. obowiązkowe;
  - B. zalecane;
  - C. nie wiem.
2. Czy szczepienia ochronne p/pneumokokom i p/grypie są w Polsce obowiązkowe?
  - A. tak;
  - B. nie;
  - C. tak p/pneumokokom, nie p/grypie;
  - D. nie p/pneumokokom, tak p/grypie;
  - E. nie wiem.
3. W których grupach wiekowych najczęściej występują powikłania chorób zakaźnych?
  - A. u dzieci;
  - B. u dorosłych;
  - C. we wszystkich grupach wieku;
  - D. nie wiem.
4. O jakich szczepieniach powinny pamiętać osoby dorosłe o obniżonej odporności?
  - A. przeciw grypie;
  - B. przeciw pneumokokom;
  - C. odpowiedzi A i B są prawidłowe;
  - D. nie wiem.
5. Szczególnie narażone na zachorowanie na grypę są:
  - A. dzieci do 5 roku życia;
  - B. osoby po 65 roku życia;
  - C. osoby w stanach obniżonej odporności i chorzy na nowotwory;
  - D. wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe.
6. Czy szczepionka p/pneumokokom może być podawana jednocześnie ze szczepionką p/grypie?
  - A. tak, wstrzyknięcia należy wykonać w różne miejsca ciała przy użyciu osobnych strzykawek;
  - B. nie;
  - C. nie wiem.





## KSIĄŻECZKA SZCZEPIEŃ PACJENTA/KOPIA DLA LEKARZA POZ (załącznik nr 7)

uczestniczącego w Regionalnym programie zdrowotnym województwa wielkopolskiego pt.: „Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi”

|                                                                                                                          |                                      |                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwisko i imię,<br>nr PESEL<br><br>lub nr dokumentu<br>tożsamości – w<br>przypadku osób<br>nieposiadających<br>nr PESEL | .....<br><i>nazwisko</i> <i>imię</i> | Data urodzenia<br><br>.....-.....-.....<br><i>dzień</i><br><i>miesiąc</i> <i>rok</i> |
|                                                                                                                          | .....<br><i>nr PESEL</i>             |                                                                                      |
|                                                                                                                          | .....<br><i>adres</i>                |                                                                                      |
|                                                                                                                          | .....<br><i>adres</i>                |                                                                                      |
|                                                                                                                          | .....<br><i>adres</i>                |                                                                                      |

|                                            |                                                       |                                                       |                                             |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Pieczęć jednostki, w której założono kartę | Pieczęć kwalifikującego do szczepienia, nr kontaktowy | Pieczęć przeprowadzającego szczepienie, nr kontaktowy | Telefon kontaktowy do koordynatora programu |
| data .....                                 | data .....                                            | data .....                                            |                                             |

### Szczepienia ochronne przewidziane w programie

| Typ szczepienia/szczepienie przeciw | Nazwa szczepionki | Nr serii szczepionki | Podpis wykonującego |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------|---------------------|
| Pneumokokom                         |                   |                      |                     |
| Grypie                              |                   |                      |                     |

### Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

| Szczepienie przeciw | Data stwierdzenia | Data ustania | Rodzaj przeciwwskazania | Podpis lekarza kwalifikującego |
|---------------------|-------------------|--------------|-------------------------|--------------------------------|
| Pneumokokom         |                   |              |                         |                                |
| Grypie              |                   |              |                         |                                |

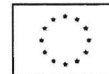
### Informacje o szczepieniu

Szczepionka podejrzana o wywołanie odczynu

- ☐ przeciw pneumokokom  
☐ przeciw grypie

Data szczepienia ...../...../..... Godz. .... : ....  
Dzień miesiąc rok

Data wystąpienia odczynu ...../...../..... Godz. .... : .....  
Dzień miesiąc rok



### Niepożądane odczyny poszczepienne

#### Reakcja miejscowa:

- ☐ nasilony odczyn w miejscu wstrzyknięcia (obrzęk, zaczerwienienie i bolesność)
  - ☐ o średnicy 3-5 cm
  - ☐ o średnicy 6-9 cm
  - ☐ o średnicy większej niż 10 cm
  - ☐ wykraczający poza najbliższy staw
  - ☐ utrzymujący się ponad 3 dni
- ☐ ropień w miejscu wstrzyknięcia:
  - ☐ jałowy
  - ☐ bakteryjny, wynik posiewu .....
- ☐ bolesność i powiększenie węzłów chłonnych.

#### Reakcja ogólna

- ☐ gorączka:
  - najwyższa temperatura:
    - ☐ 38,0-38,4
    - ☐ 38,5-38,9
    - ☐ 39,0-39,4
    - ☐ 39,5-39,9
    - ☐ 40,0-40,4
    - ☐ 40,5 i wyżej
  - czas utrzymywania się gorączki:
    - ☐ do 24 godzin,
    - ☐ do 48 godzin,
    - ☐ do 72 godzin,
    - ☐ dłużej
- ☐ drgawki:
  - ☐ gorączkowe,
  - ☐ niegorączkowe,
  - ☐ pierwszy epizod,
  - ☐ wywołany szczepieniem kolejny epizod drgawek
- ☐ reakcja alergiczna:
  - ☐ pokrzywka,
  - ☐ obrzęk Quinckego,
  - ☐ laryngospazm,
  - ☐ reakcja astmatyczna,
  - ☐ łzawienie, katar,
  - ☐ wysypka uogólniona,
  - ☐ wysypka ograniczona do określonych obszarów skórnych (jakich? .....),
  - ☐ rumień wielopostaciowy
- ☐ wstrząs anafilaktyczny
- ☐ epizod hypotoniczno-hyporeaktywny (hipotonia, obniżone napięcie mięśniowe, błądność powłok, senność, zaburzenia świadomości):
  - ☐ z utratą przytomności

- ☐ z bezdechem
- ☐ wysypka różyczkopodobna
- ☐ wysypka odropodobna
- ☐ biegunka
- ☐ wymioty
- ☐ zasinienie kończyn
- ☐ wybroczyny skórne:

**Powikłania:**

- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

**Kwalifikacja**

- ☐ NOP ciężki
- ☐ NOP poważny
- ☐ NOP łagodny

Opis odczynu, dodatkowe dane (można wykonać w postaci załącznika)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Osoba zgłaszająca (adres i tel. miejsca pracy): .....

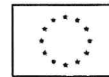
.....

Pieczętka lekarska: .....

**Stwierdzone ciężkie zapalenie płuc lub powikłania pogrypowe u pacjenta**

| Jednostka chorobowa (ICD-10), np. J10.0 – grypa z zapaleniem płuc wywołana zidentyfikowanym wirusem grypy | Przeprowadzone badania/stwierdzony typ wirusa/bakterii | Jednostka stwierdzająca             | Zastosowane procedury (ICD-9), np. S53 - posocznica | Hospitalizacja: tak/nie | Data hospitalizacji (od... do...) | Data porady |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------|
|                                                                                                           |                                                        | Nazwa i adres lub pieczęć jednostki |                                                     |                         |                                   |             |
|                                                                                                           |                                                        |                                     |                                                     |                         |                                   |             |





|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. Książeczka stanowi własność Pacjenta i zostaje mu wydana po szczepieniu – Pacjent otrzymuje również kopię książeczki do przekazania lekarzowi POZ. Lekarz POZ ma prawo zgłoszenia do koordynatora wszelkich stwierdzonych u Pacjenta (po szczepieniu) niepożądanych odczynów poszczepiennych, a także celem uzyskania dodatkowych informacji.
2. Wszelkie, pojawiające się po szczepieniu niepożądane odczyny poszczepienne Pacjent zgłasza do lekarza, który kwalifikował do szczepienia lub pielęgniarki, która wykonała szczepienie (nr telefonów podano w tabeli na stronie 1).
3. Lekarz/pielęgniarka po potwierdzeniu NOP wypełni stosowny wpis w książeczce szczepień Pacjenta i wypełni pozostałe obowiązki wynikające z ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
4. Każdorazowo zgłaszając się do POZ/AOS/Szpitala Pacjent przedstawia lekarzowi książeczkę szczepień. W przypadku stwierdzenia ciężkiego zapalenia płuc lub powikłań pogrypowych u Pacjenta zaszczepionego, lekarz ma obowiązek dokonać stosownego wpisu do książeczki.
5. Pacjent jest zobowiązany do przedstawiania książeczki szczepień każdorazowo podczas wizyt kontrolnych w jednostce zajmującej się leczeniem onkologicznym. W przypadku stwierdzenia wpisu dotyczącego niepożądanych odczynów poszczepiennych, lekarz prowadzący ma obowiązek dokonania adnotacji w dokumentacji oraz poinformowania koordynatora programu.
6. Realizowany ze środków Funduszy Europejskich Regionalny program zdrowotny ma na celu zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi, w związku z powyższym, celem monitorowania efektywności programu koordynator kontaktować się będzie z grupą około 10% beneficjentów programu (ankieta telefoniczna lub przesłana drogą pocztową w zależności od preferencji Pacjenta wskazanych w momencie wydawania książeczki) aby uzyskać informację o stwierdzonych niepożądanych odczynach poszczepiennych, ciężkich zapaleń płuc lub powikłań pogrypowych u Pacjenta oraz dokonać analizy satysfakcji uczestnika programu.

## KARTA UODPORNIEŃ (załącznik nr 8)

w Regionalnym programie zdrowotnym województwa wielkopolskiego pt.:  
„Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z  
chorobami nowotworowymi”

|                                                                                                                          |                                      |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwisko i imię,<br>nr PESEL<br><br>lub nr dokumentu<br>tożsamości – w<br>przypadku osób<br>nieposiadających<br>nr PESEL | .....<br><i>nazwisko</i> <i>imię</i> | Data urodzenia<br><br>.....-.....-.....<br><i>miesiąc</i> <i>rok</i> <i>dzień</i> |
|                                                                                                                          | .....<br><i>nr PESEL</i>             |                                                                                   |
|                                                                                                                          | .....<br><i>adres</i>                |                                                                                   |
|                                                                                                                          | .....<br><i>adres</i>                |                                                                                   |
|                                                                                                                          | .....<br><i>adres</i>                |                                                                                   |

|                                            |                                                       |                                                       |                                             |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Pleczeń jednostki, w której założono kartę | Pleczeń kwalifikującego do szczepienia, nr kontaktowy | Pleczeń przeprowadzającego szczepienie, nr kontaktowy | Telefon kontaktowy do koordynatora programu |
| data .....                                 | data .....                                            | data .....                                            |                                             |

### Szczepienia ochronne wykonane w programie

| Typ<br>szczepienia/szczepienie<br>przeciw | Nazwa szczepionki | Nr serii szczepionki | Data i godzina wykonania<br>szczepienia oraz miejsce podania<br>szczepionki | Podpis osoby wykonującej<br>szczepienie |
|-------------------------------------------|-------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Pneumokokom                               |                   |                      |                                                                             |                                         |
| Grypie                                    |                   |                      |                                                                             |                                         |

### Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

| Szczepienie przeciw | Data<br>stwierdzenia | Data<br>ustania | Rodzaj przeciwwskazania | Podpis lekarza kwalifikującego |
|---------------------|----------------------|-----------------|-------------------------|--------------------------------|
| Pneumokokom         |                      |                 |                         |                                |
| Grypie              |                      |                 |                         |                                |

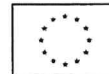
### Informacje o szczepieniu

Szczepionka podejrzana o wywołanie odczynu

- ☐ przeciw pneumokokom  
☐ przeciw grypie

Data szczepienia ...../...../..... Godz. .... : ....  
Dzień miesiąc rok

Data wystąpienia odczynu ...../...../..... Godz. .... : ....  
Dzień miesiąc rok



### Niepożądane odczyny poszczepienne

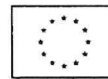
#### Reakcja miejscowa:

- ☐ nasilony odczyn w miejscu wstrzyknięcia (obrzęk, zaczerwienienie i bolesność)
  - ☐ o średnicy 3-5 cm
  - ☐ o średnicy 6-9 cm
  - ☐ o średnicy większej niż 10 cm
  - ☐ wykraczający poza najbliższy staw
  - ☐ utrzymujący się ponad 3 dni
- ☐ ropień w miejscu wstrzyknięcia:
  - ☐ jałowy
  - ☐ bakteryjny, wynik posiewu .....
- ☐ bolesność i powiększenie węzłów chłonnych.

#### Reakcja ogólna

- ☐ gorączka:
  - najwyższa temperatura:
    - ☐ 38,0-38,4
    - ☐ 38,5-38,9
    - ☐ 39,0-39,4
    - ☐ 39,5-39,9
    - ☐ 40,0-40,4
    - ☐ 40,5 i wyżej
  - czas utrzymywania się gorączki:
    - ☐ do 24 godzin,
    - ☐ do 48 godzin,
    - ☐ do 72 godzin,
    - ☐ dłużej
- ☐ drgawki:
  - ☐ gorączkowe,
  - ☐ niegorączkowe,
  - ☐ pierwszy epizod,
  - ☐ wywołany szczepieniem kolejny epizod drgawek
- ☐ reakcja alergiczna:
  - ☐ pokrzywka,
  - ☐ obrzęk Quinckiego,
  - ☐ laryngospazm,
  - ☐ reakcja astmatyczna,
  - ☐ łzawienie, katar,
  - ☐ wysypka uogólniona,
  - ☐ wysypka ograniczona do określonych obszarów skórnych (jakich? .....),
  - ☐ rumień wielopostaciowy
- ☐ wstrząs anafilaktyczny
- ☐ epizod hypotoniczno-hyporeaktywny (hipotonia, obniżone napięcie mięśniowe, błądź powłok, senność, zaburzenia świadomości):





- ☐ z utratą przytomności
- ☐ z bezdechem
- ☐ wysypka różyczkopodobna
- ☐ wysypka odropodobna
- ☐ biegunka
- ☐ wymioty
- ☐ zasinienie kończyn
- ☐ wybroczyny skórne:

**Powikłania:**

- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

**Kwalifikacja**

- ☐ NOP ciężki                      ☐ NOP poważny                      ☐ NOP łagodny

Opis odczynu, dodatkowe dane (można wykonać w postaci załącznika)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

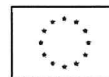
Osoba zgłaszająca (adres i tel. miejsca pracy): .....

.....

Pieczętka lekarska: .....

**Stwierdzone ciężkie zapalenie płuc lub powikłania pogrypowe u pacjenta**

| Jednostka chorobowa (ICD-10), np. J10.0 – grypa z zapaleniem płuc wywołana zidentyfikowanym wirusem grypy | Przeprowadzone badania/stwierdzony typ wirusa/bakterii | Jednostka stwierdzająca             | Zastosowane procedury (ICD-9), np. S53 - posocznica | Hospitalizacja: tak/nie | Data hospitalizacji (od... do...) | Data porady |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------|
|                                                                                                           |                                                        | Nazwa i adres lub pieczęć jednostki |                                                     |                         |                                   |             |
|                                                                                                           |                                                        |                                     |                                                     |                         |                                   |             |



|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

#### Oświadczenie

1. Potwierdzam otrzymanie książeczki szczepień oraz kopii książeczki, którą zobowiązuje się przekazać lekarzowi POZ.
2. Każdorazowo zgłaszając się do POZ/AOS/Szpitala oraz podczas wizyt kontrolnych w jednostce zajmującej się leczeniem onkologicznym zobowiązuje się przedstawiać lekarzowi w/w książeczkę szczepień.
3. Zostałem poinformowany o celach monitorowania efektywności programu.
4. Wyrażam zgodę na to, by w przypadku wybrania mojej osoby do weryfikacji efektywności programu, a także satysfakcji z udziału w projekcie koordynator skontaktował się ze mną:

☐ drogą pocztową (z załączeniem koperty ze znaczkiem zwrotnym),

☐ telefonicznie pod numer telefonu: .....

celem uzyskania informacji o stwierdzonych niepożądanych odczynach poszczepiennych, ciężkich zapaleniach płuc lub powikłań pogrypowych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
czytelny podpis Pacjenta

załącznik nr 9

**Regulamin składania wniosków o zwrot kosztów dojazdu Grupy Docelowej Pacjentów - projektu realizowanego w ramach konkursu pn.: „Realizacja regionalnego programu zdrowotnego - zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi” nr RPWP.06.06.01-30-0028/19 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii, w ramach Poddziałania 6.6.1 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne, Działania 6.1 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne, Osi Priorytetowej 6 Rynek pracy, Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego)**

**§1**

1. Celem zapewnienia równości szans i niedyskryminacji w dostępie do świadczeń oferowanych w Programie dla uczestników z terenu województwa wielkopolskiego - organizator zapewnia zwrot kosztów dojazdu (po zaakceptowaniu przez Kierownika Projektu wniosku) do wysokości opłat za środki transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na danym obszarze, a w przypadku uzasadnionych potrzeb grupy docelowej (np. koszt dojazdów dla osób niepełnosprawnych) także ze środków transportu prywatnego (w szczególności samochodem lub taksówką) jako refundacja wydatku faktycznie poniesionego do w/w wysokości lub wyczerpania posiadanych środków.
2. Liczba środków ograniczona - pierwszeństwo mają osoby z uzasadnionymi potrzebami oraz te u których miejsce zamieszkania jest najbardziej oddalone od miejsca udzielania świadczenia – nie mniej niż 50 km drogą publiczną.
3. Osoby chcące skorzystać z ww. zwrotu pobierają ze strony [www.wco.pl/psgp](http://www.wco.pl/psgp) formularz wniosku o zwrot kosztów dojazdu, wypełniają go a następnie przekazują drogą mailową (podpisany skan) lub drogą pocztową do Biura Projektu.
4. Przesłany wniosek zostaje przekazany do zatwierdzenia Kierownikowi Projektu (KP).
5. Jeżeli wniosek jest kompletny i zostanie zaakceptowany przez KP, pracownik biura skontaktuje się z osobą wnioskującą co do sposobu dostarczenia dokumentów stanowiących podstawę zwrotu (np. bilet PKP).
6. Wnioski niekompletne będą odsyłane do uzupełnienia.
7. Informacja o możliwości składania wniosków o zwrot kosztów dojazdu zamieszczona jest na stronach Programu (tj. [www.wco.pl/psgp](http://www.wco.pl/psgp)).
8. Listy rekrutacyjne złożonych wniosków tworzone będą według kolejności zgłoszeń.

**§2**

Przypadki nieprzewidziane w/w Regulaminie będą rozpatrywane indywidualnie przez Kierownika Projektu.



### WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU

**Beneficjent:** Wielkopolskie Centrum Onkologii

**Tytuł projektu:** „Realizacja regionalnego programu zdrowotnego - zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi”

**Numer projektu:** RPWP.06.06.01-30-0028/19

Należy zaznaczyć **X** przy właściwej formie wsparcia:

- ☐ Udział w programie zdrowotnym – usługa medyczna  
☐ Szkolenie/kurs .....

| Dane osobowe wnioskodawcy<br>(prosimy wypełnić pismem maszynowym lub drukowanymi literami)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                          |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko uczestnika:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                          |                                                              |
| Adres zamieszkania:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                          |                                                              |
| Telefon:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                          |                                                              |
| Nazwa świadczenia zdrowotnego, z którego udzieleniem wiąże się konieczność dojazdu uczestnika projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> usługa medyczna<br><br><input type="checkbox"/> szkolenie /kurs |                                                              |
| Czy jest Pan/i osobą z niepełnosprawnościami?*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Odmowa                                                          | <input type="checkbox"/> Tak<br><input type="checkbox"/> Nie |
| W przypadku osób z niepełnosprawnościami prosimy o poinformowanie nas o swoich potrzebach, umożliwi to przygotowanie odpowiedniej pomocy oraz sprawną obsługę podczas udzielania świadczeń.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                          |                                                              |
| <b>Proszę o przyznanie zwrotu kosztów dojazdu (i z powrotem) z miejsca zamieszkania do miejsca udzielania świadczenia w ramach Programu tj. :</b><br>.....<br>.....<br>.....<br>(nazwa i adres placówki udzielającej świadczenia)                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                          |                                                              |
| Dojazd w dniu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Odległość z miejsca zamieszkania do miejsca docelowego:.....km                           |                                                              |
| Szacowany koszt brutto dojazdu (tam i z powrotem).....PLN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                          |                                                              |
| Podróż odbędzie środkiem transportu:<br><input type="checkbox"/> PKP II klasa<br><input type="checkbox"/> PKS<br><input type="checkbox"/> Transport własny*<br><input type="checkbox"/> Transport inny* (podać jaki).....<br><br>* Zwrot kosztów dojazdu transportem własnym lub innym jest dopuszczalny tylko w przypadkach uzasadnionych specjalnymi potrzebami osoby wnioskującej.<br><u>Do wniosku należy dołączyć uzasadnienie wyboru tej formy transportu wraz z kalkulacją jego kosztów.</u> |  |                                                                                          |                                                              |
| Zwrot kosztów proszę wypłacić:<br><input type="checkbox"/> przelewem na konto w (nazwa Banku):.....<br><br>Nr konta: ____--____--____--____--____--____--____--____--____<br><input type="checkbox"/> przekazem pocztowym na adres podany we wniosku.                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                          |                                                              |

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

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)