

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – SZKOLENIE PERSONELU MEDYCZNEGO

Deklaracja uczestnictwa w szkoleniu personelu medycznego w ramach którego personel medyczny zostanie zapoznany z czynnikami ryzyka nowotworów głowy i szyi. Ponadto szkolenie poruszać będzie tematykę zalecaną przez rekomendacje rozwiązań ukierunkowanych na rozpoznawanie i określanie stopnia nowotworu. Lekarze realizujący wizyty diagnostyczno-terapeutyczne zostaną przeszkoleni na temat potrzeby skierowania pacjentów na szczegółowe badania w przypadku obecności objawów związanych z nowotworami głowy i szyi. W trakcie szkolenia podkreślona zostanie potrzeba prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na zapobieganie występowania czynników ryzyka nowotworów głowy i szyi, a personel medyczny zachęcony zostanie do informowania o tym pacjentów. Personel zapoznany zostanie z zasadami komunikacji z osobami w grupie ryzyka, podkreślona zostanie konieczność doradzania rzucenia palenia każdemu pacjentowi, w szczególności osobom z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nowotworów głowy i szyi.

Termin szkolenia:

Forma szkolenia:  e-learning  stacjonarne

Miejsce szkolenia (w przypadku szkoleń stacjonarnych):

**Część I:**

### DANE UCZESTNIKA

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO

WYKONYWANY ZAWÓD MEDYCZNY/SPECJALIZACJA

ADRES E-MAIL

TELEFON

ADRES ZAMIESZKANIA\* (ULICA, NUMER MIESZKANIA/DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ)

### DANE ZAKŁADU PRACY

NAZWA PLACÓWKI

--

**INFORMACJE DODATKOWE**

W przypadku osób ze szczególnymi potrzebami prosimy o poinformowanie nas o swoich potrzebach. Umożliwi to przygotowania odpowiedniej pomocy oraz sprawną obsługę szkolenia.

--

**Część II:**

**Świadoma zgoda uczestnika szkolenia i oświadczenie o miejscu zamieszkania**

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego” (zwanego dalej „programem”), mieszkam na terenie województwa wielkopolskiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu\*.

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału w programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Wielkopolskiego.

Oświadczam, że spełniam wymagania dotyczące populacji docelowej szkolenia tj.: personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami Programu Polityki Zdrowotnej, a w szczególności:

- lekarze przeprowadzający wizyty diagnostyczno-terapeutyczne,
- personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami i/lub osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne, np.: lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, asystenci medyczni, edukatorzy zdrowotni, koordynatorzy opieki medycznej lub inni przedstawiciele zawodów medycznych.

Oświadczam, że w ciągu poprzednich 2 lat nie ukończyłem szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości.

Oświadczam, że w chwili zgłaszania na szkolenie nie posiadam wiedzy i doświadczenia w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadom faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

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

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizacji programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”.

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się z informacją nt. przetwarzania danych osobowych obowiązujących w Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Administratorem danych osobowych jest Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Poznaniu (61-866) przy ul. Garbary 15. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem i ochroną Państwa danych osobowych mogą się Państwo kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem daneosobowe@wco.pl lub listownie na adres: ul. Garbary 15 Poznań (61-866) z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych oraz informacje o przysługujących prawach znajdują się w załączniku nr 3 (Oświadczenie uczestnika projektu – obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679).

.....  
Miejscowość, data złożenia podpisu

.....  
Podpis Imię i nazwisko

\*Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(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. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego” przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Poznaniu (61-866) przy ul. Garbary 15 będące samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (zwane dalej „Wielkopolskim Centrum Onkologii”), z którym można skontaktować się w siedzibie podmiotu przy ul. Garbary 15 w Poznaniu.
2. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem i ochroną danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem daneosobowe@wco.pl lub listownie na adres: ul. Garbary 15 Poznań (61-866) z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. d (ochrona żywotnych interesów) i art. 6 ust. 1 lit. e (wykonywanie zadania publicznego związanego z promocją i ochroną zdrowia) oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.
4. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.
5. Korzystanie z usług w WCO jest w pełni dobrowolne. Jednakże w przypadku wyboru naszej placówki, WCO jako podmiot leczniczy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. W takim przypadku podanie danych osobowych jest konieczne a niepodanie danych może skutkować brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania. Jeżeli chce Pani/Pan skorzystać z ww. uprawnień proszę wysłać wiadomość pocztową na adres daneosobowe@wco.pl

7. Ma Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
8. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu niezbędnego do zrealizowania celu, o którym mowa w pkt. 4 niniejszej klauzuli, terminów archiwizacji i dochodzenia ewentualnych roszczeń.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis

UCZESTNIKA PROJEKTU