



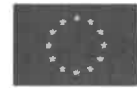
Załącznik nr 2

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI				
Dane osobowe kandydata/-ki do projektu				
IMIĘ				
NAZWISKO				
DATA I MIEJSCE URODZENIA				
PESEL				
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> BRAK	<input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (ISCED 2) ★	<input type="checkbox"/> POMATURALNE (ISCED 4)★ -ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym	
<input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (ISCED 1) ★	<input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED3) ★ (ukończone na poziomie szkoły średniej- liceum, technikum, szkoła zawodowa)		<input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8) ★	
Dane teleadresowe kandydata/ki do projektu(miejsce zamieszkania w rozumieniu art.25 Kodeksu Cywilnego - miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu.				
ULICA				
NUMER DOMU/LOKALU				
MIEJSCOWOŚĆ				
POWIAT			GMINA	
KOD POCZTOWY			POCZTA	
WOJEWÓDZTWO				
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO				
E-MAIL				
STATUS NA RYNKU PRACY	<input type="checkbox"/> OSOBA BIERNA ZAWODOWO	<input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA	<input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY	<input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY

★Zgodnie z Międzynarodowym Standardem Klasyfikacji Kształcenia



DANE DOTYCZĄCE STATUSU NA RYNKU PRACY			
1. Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
2. Czy jest Pan/pani osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
2a. Czy jest Pan/Pani osobą długotrwale bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
3. Czy jest Pan/Pani osobą pracującą?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Jeśli jest Pan/i osobą pracującą proszę podać miejsce pracy:			
4. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w pkt. 3 proszę podać swój status na rynku pracy			
<input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Jestem osobą prowadzącą działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą w POZ <input type="checkbox"/> inna odpowiedź			
5. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 3 proszę podać wykonywany zawód;			
<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> lekarz dentyista <input type="checkbox"/> pielęgniarka/położna <input type="checkbox"/> inny (jaki?).....			
6. Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem lub osobą obcego pochodzenia? (Istnieje możliwość odmowy podania danych)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa



7. Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkania?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
8. Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnościami? (Istnieje możliwość odmowy podania danych)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa
12. Czy jest Pan/Pani osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?(istnieje możliwość odmowy podania danych)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa
Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.			
Miejscowość i data		Czytelny podpis Kandydata	

Pieczęć przychodni:

Centrum Medyczne
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Spółka z o.o.
02-097 Warszawa, ul. Nielubowicza 5
NIP: 526-25-08-021; REGON: 016415800



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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. „**Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi**” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn.zm.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi**” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach POWER.
 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwu Zdrowia ul. Miodowa 18, beneficjentowi realizującemu projekt – Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy ul. Roentgena 5. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach POWER.
 5. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
 7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 8. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty iod@pib-nio.pl
 9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

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



„Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”

Centrum Medyczne
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Spółka z o.o.
02-097 Warszawa, ul. Nielubowicza 5
NIP: 526-25-08-021; REGON: 016415800

Data badania:.....

.....
Pieczętka ośrodka

Ankieta dot. czynników ryzyka

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

1. Imię:

2. Nazwisko:

3. PESEL:

4. Wykształcenie:

- podstawowe
- zawodowe

- średnie
- wyższe

5. Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy

- Umysłowa
- Fizyczna

- Nie pracuje zawodowo

6. Czy występują u Pana/Pani objawy, które utrzymują się nieprzerwanie przez przynajmniej 3 tygodnie?

Objaw	Tak	Nie
ból gardła		
przewlekła chrypa		
guz na szyi		
pieczenie, ból języka		
niegojące się owrzodzenia jamy ustnej		
czerwone lub białe naloty w jamie ustnej		
ból i/lub trudności w przełykaniu		
jednostronny krwawy wyciek z nosa lub niedrożność nosa		
możliwe zaburzenia wzroku, smaku, węchu oraz słuchu.		
Inne – jakie?		



7. Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara)

- Tak
- Nie

8. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali

- 1-5 papierosów
- 6-10 papierosów
- 11-15 papierosów
- powyżej 16 papierosów

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

- Tak
- Nie

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

.....
(proszę wpisać rok)

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

- Tak
- Nie

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

- Tak Jakiej mocy/rodzaj.....
- Nie

13. Czy stosowała Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gummy do żucia, spray itd.)

.....

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

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Codziennie | <input type="radio"/> okazjonalnie |
| <input type="radio"/> 3-4 razy w tygodniu | <input type="radio"/> nigdy |
| <input type="radio"/> 1-2 razy w tygodniu | |

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

- Tak
- Nie

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

- Tak
- Nie

17. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową?

- Tak
- Nie

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

- Tak
- Nie

19. Wiek w chwili rozpoznania nowotworu głowy i szyi:.....

Podpis i pieczęć lekarza



Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

Tytuł projektu: „Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0010/16-00

Tytuł programu profilaktycznego: „Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi” realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, zgodnie z „Ogólnopolskim programem profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu- zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Świadczenie lekarza POZ
Imię i nazwisko uczestnika	
Pesel	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa przedmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Spółka z o.o. 02-097 Warszawa, ul. Nielubowicza 5 NIP: 535 25 00 021; REGON: 016415800
Adres podmiotu leczniczego	j.w.
Województwo	mazowieckie
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	