



Załącznik nr 2

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

dla kandydatów i kandydatek na Instruktorów zabiegów endoskopowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w ramach Projektu „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, z wykorzystaniem technik symulacji endoskopowych
UDA-POWR.04.03.00-00-0291/16-00

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. Dane podstawowe

Imię i nazwisko	
PESEL	
Płeć	
Wykształcenie	
Adres:	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	
Nazwa Zakładu/Kliniki CMKP	
Stanowisko	
Tytuł zawodowy/stopień naukowy/tytuł naukowy	
Specjalizacja	

2. Dane dodatkowe

Proszę <u>zaznaczyć</u> odpowiedź	
Osoba należąca 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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji



	Proszę o podanie specjalnych potrzeb wynikających z Pana/Pani niepełnosprawności, których zaspokojenie umożliwi udział w projekcie (jeśli dotyczy)	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	

3. Oświadczenia kandydata/kandydatki na Instruktora zabiegów endoskopowych

a) Oświadczam, że spełniam kryteria formalne dla Instruktorów/Instruktorek zabiegów Endoskopowych (proszę przekreślić niewłaściwą odpowiedź)		
Jestem czynnym/-ą zawodowo lekarzem/lekarzką	TAK	NIE
Posiadam specjalizację w dziedzinie medycyny wykorzystującej zabiegi endoskopowe	TAK	NIE
Posiadam co najmniej 4 lata doświadczenia dydaktycznego w prowadzeniu zajęć na kursach specjalizacyjnych lub doskonalących dla lekarzy	TAK	NIE
b) Oświadczam, że spełniam następujące kryteria dodatkowe dla Instruktorów zabiegów endoskopowych (proszę wstawić znak „x” przy prawidłowej odpowiedzi). Spełnienie kryteriów dodatkowych umożliwia otrzymanie dodatkowych punktów w procesie rekrutacji do Zespołów roboczych.		
Stopień naukowy/tytuł naukowy (proszę wstawić znak „x” przy prawidłowej odpowiedzi) <ul style="list-style-type: none"> • doktor nauk medycznych – 1 pkt • doktor habilitowany nauk medycznych – 2 pkt. • doktor habilitowany nauk medycznych i stanowisko profesora nadzwyczajnego – 3 pkt. • tytuł naukowy profesora – 4 pkt. Punkty nie sumują się.	Doktor nauk medycznych	
	Doktor habilitowany nauk medycznych	
	Doktor habilitowany nauk medycznych i stanowisko profesora nadzwyczajnego	
	Tytuł naukowy profesora	

4. Informacje o niepełnosprawności

Proszę o podanie specjalnych potrzeb wynikających z Pana/Pani niepełnosprawności, których zaspokojenie umożliwi udział w projekcie (jeśli dotyczy)	
--	--



Oświadczenia

Ja niżej podpisany(a), oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z *Regulaminem Rekrutacji Instruktorów/--ek zabiegów endoskopowych i Instruktorów/-ek Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego* oraz *Regulaminem Pracy Instruktorów/-ek zabiegów endoskopowych i Instruktorów/-ek symulacji* i akceptuję ich warunki;
2. w przypadku wybrania mojej kandydatury - wyrażam zgodę na nieodpłatne przetwarzanie mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach związanych z realizacją i upowszechnianiem projektu „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, z wykorzystaniem technik symulacji endoskopowych”. Zgoda ta nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie oraz obejmuje wszystkie formy publikacji, także w Internecie;
3. moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i innych podmiotów, z uwzględnieniem planowanego zaangażowania do Projektu, nie przekracza 276 godzin miesięcznie;
4. nie jestem zatrudniona/ny na podstawie stosunku pracy w instytucji uczestniczącej w realizacji Programu Operacyjnego (PO) - Jako instytucję uczestniczącą w realizacji PO rozumie się IZ PO lub instytucję, do której IZ PO delegowała zadania związane z zarządzaniem PO;
5. w przypadku wybrania mojej kandydatury – zobowiązuję się do współpracy z pozostałymi Kandydatami wybranymi w procesie rekrutacji, a w trakcie realizacji zadań w Projekcie, w tym wypełniania godzinowych protokołów odbioru czynności i składania wymaganych oświadczeń;
6. zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
7. zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Osi priorytetowej IV: Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działania 4.3: Współpraca ponadnarodowa;
8. zostałem/-am poinformowany/-a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Zespołu Instruktorów i Instruktoerek Zabiegów Endoskopowych;
9. jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy;
10. Złożenie niniejszego formularza i podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek zgłoszenie kandydatury i odmowa podania danych jest równoznaczna z brakiem możliwości zaangażowania do Projektu;
11. dane zawarte w niniejszym formularzu są wymagane przepisami prawa wskazanymi w „Informacji o przetwarzaniu danych osobowych” dla właściwej realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja i Rozwój 2014-2020, natomiast dane osobowe wskazane przeze mnie w CV ograniczam do minimum, a ich przetwarzane będzie na podstawie dobrowolnej i świadomej zgody, wyrażonej przez działanie potwierdzające – czyli załączenie CV;
12. zapoznałem/-am się z treścią Informacji o przetwarzaniu danych osobowych.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data:	Czytelny podpis:



Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej „RODO” informujemy, że będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe. Szczegóły tego dotyczące:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER), mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych:
 - 1) 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:
 - a) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
 - 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 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - b) 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,
 - 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,
 - 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.),
 - 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).
 - 2) będzie przetwarzane na podstawie Pani/Pana dobrowolnej i świadomej zgody, wyrażonej przez Panią/Pana jako działanie potwierdzające – czyli załączenie CV. Powyższa zgoda dotyczy danych osobowych zawartych w CV, które stanowi załącznik do formularza zgłoszeniowego, jeśli będzie zawierało dane osobowe wykraczające poza zakres wskazany w formularzu zgłoszeniowym.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu *Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, z wykorzystaniem*



- technik symulacji endoskopowych, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych PO WER.*
4. Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Centrum Projektów Europejskich, mającej siedzibę przy ul. Domaniewskiej 39A, 02-672 Warszawa. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER. Ponadto Pani/Pana imię i nazwisko, tytuł zawodowy, stopień naukowy lub tytuł naukowy oraz wizerunek w postaci wywiadów, nagrań oraz fotografii mogą zostać udostępnione obejmując wszelkie dostępne formy publikacji (np. prasa, telewizja, internet) w materiałach związanych z realizacją i upowszechnianiem projektu *Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, z wykorzystaniem technik symulacji endoskopowych.*
 5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek zgłoszenie kandydatury i odmowa podania danych jest równoznaczna z brakiem możliwości zaangażowania do Projektu.
 6. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
 7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 8. Pani/Pan ma możliwość skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl (Inspektor Ochrony Danych Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju) lub na adres iod@gumed.edu.pl (Inspektor Ochrony Danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego).
 9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.