



### KRYTERIA WŁĄCZENIA DO PROJEKTU

| Pytanie   | Odpowiedź osoby, która ma zostać poddana badaniu | Uwagi  |
|---|--|--|
| Czy jest Pani/Pan objęta kwarantanną/izolacją ?   | TAK / NIE  | Jeżeli TAK – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania                  |
| Czy jest Pani/Pan pracownikiem medycznym w trakcie postępowania poekspozycyjnego z kontaktu z SARS-CoV-2  | TAK / NIE  | Jeżeli TAK – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania                  |
| Czy w <b>ciągu ostatnich 24 godzin</b> występowały następujące objawy: temperatura powyżej 38 st. C, kaszel, duszność   | TAK / NIE  | Jeżeli jedno lub więcej TAK – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania |
| Temperatura ciała osoby ankietowanej<br>(temperaturę mierzy rejestrator w miejscu pobrania)   | ..... <sup>o</sup> C                             | Jeżeli powyżej 38 °C – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania        |
| Czy znajduje się Pani w przedziale wiekowym 18-59 lat ?   | TAK / NIE /<br>NIE DOTYCZY                       | Jeżeli NIE – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania.                 |
| Czy znajduje się Pan w przedziale wiekowym 18-64 lata ?   | TAK / NIE /<br>NIE DOTYCZY                       | Jeżeli NIE – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania.                 |
| Czy wyraża Pani/Pan świadomą zgodę na udział w badaniu polegającym na pobraniu krwi przez pielęgniarkę do testowania serologicznego na obecność przeciwciał klasy IgG i IgM.? | TAK / NIE  | Jeżeli NIE – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania                  |

Czytelny podpis pacjenta/uczestnika projektu : .....

### KARTA WYWIADU osoby zgłaszającej się do udziału w Programie/ DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Dane Uczestnika

|   |
|---|
| Imię  |
| Nazwisko  |
| PESEL   |
| Płeć: <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta |
| Dane kontaktowe Uczestnika:   |
| – Kraj ..... Województwo .....  |
| – Powiat ....., Gmina .....   |
| – Adres zamieszkania  |
| - Ulica .....   |
| - nr budynku i lokalu .....   |
| – Kod pocztowy ....., Miejscowość .....                                   |



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Telefon kontaktowy pacjenta.....   |  |   |   |
| Adres e-mail.....  |  |   |   |
| Wykształcenie:   |  | <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe                              | <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne |
|  |  | <input type="checkbox"/> podstawowe   | <input type="checkbox"/> policealne       |
|  |  | <input type="checkbox"/> gimnazjalne  | <input type="checkbox"/> wyższe           |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:                                |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca.  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej                              |  | <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej       |   |
| <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek                       |  | <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie          |   |
| <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP  |  | <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej         | <input type="checkbox"/> Inne             |
| <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy             |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna  |  | <input type="checkbox"/> Inne   |   |
| <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy          |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna  |  | <input type="checkbox"/> Inne   |   |
| <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo;  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się  |  | <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | <input type="checkbox"/> Inne             |
| Zawód wykonywany   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu                                   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego                                       |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego                                  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego                                     |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia                          |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej          |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy                                      |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego                             |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej                        |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej                        |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> rolnik  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> inny .....  |  |   |   |
| Rodzaj miejsca pracy (nazwa firmy, w której jest Pan/Pani zatrudniony/a)                       |  |   |   |
| .....  |  |   |   |
| Czy należy Pan/Pani do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia? |  | <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> tak              |
|  |  | <input type="checkbox"/> odmowa   |   |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań                                |  | <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> tak              |
| Osoba z niepełnosprawnościami  |  | <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> tak              |
|  |  | <input type="checkbox"/> odmowa   |   |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  |  | <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> tak              |
|  |  | <input type="checkbox"/> odmowa   |   |

Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą telefoniczną lub elektroniczną:

Data:.....202.... r. . Godzina: ..... Podpis/pieczętka rejestratorki: .....

Podpis pacjenta/uczestnika projektu : .....

## 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. „Zachodniopomorski Program Monitorowania i Prewencji Epidemii Coronawirusa SARS-CoV-2 i Choroby COVID-19” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
  - 1) Województwo Zachodniopomorskie mające siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
  - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
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 RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
  - 1) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
    - 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 2018 r. poz. 1431, t.j., z późn. zm.);
  - 2) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze 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 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, 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 pn. „Zachodniopomorski Program Monitorowania i Prewencji Epidemii Coronawirusa SARS-CoV-2 i Choroby COVID-19”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
- 4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt - Samodzielnemu Publicznemu Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu w Szczecinie, ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą

w realizacji projektu – Samodzielnemu Publicznemu Specjalistycznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej „Zdroje” z siedzibą w Szczecinie (70-780) przy ul. Mącznej 4, Szpitalowi Wojewódzkiemu im. Mikołaja Kopernika z siedzibą w Koszalinie (75-581) przy ul. Chałubińskiego 7, Samodzielnemu Publicznemu Zespołowi Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach z siedzibą w Gryficach (72-300) przy ul. Niechorskiej 27, Specjalistycznemu Zespołowi Gruźlicy i Chorób Płuc z siedzibą w Koszalinie (75-252) przy ul. Niepodległości 44-48.

- 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 badania, kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 6) Dodatkowo 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 (jeżeli dotyczy).
- 7) Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- 8) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 (tj. do dnia 31 grudnia 2023 r.) oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 9) W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
  - a) [abi@wzp.pl](mailto:abi@wzp.pl) - w odniesieniu do danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
  - b) [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) – w odniesieniu do danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- 11) Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
- 12) Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
- 13) Podanie danych jest warunkiem ustawowym, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

#### INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

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

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
  - a) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru pn. „Projekty RPO WZ 2014-2020”.
  - b) minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
  - a) [ali@WZJJ.pl](mailto:ali@WZJJ.pl)
  - b) [iod@mli.gov.pl](mailto:iod@mli.gov.pl).
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020), którego jest Pani/Pan uczestnikiem, a w szczególności: potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.
4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowi 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 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. U. L. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1). Zwanego „RODO”.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.