



Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2

UMOWA NR/AHE/KADRA/CSM/5.3POWER/2018
O UDZIELENIE WSPRACIA SZKOLENIOWEGO REALIZOWANEGO W RAMACH PROJEKTU
„Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo” -
Zadanie 8

dalej zwaną „**Umową**”, zawarta w dniu pomiędzy:
Akademią Humanistyczno-Ekonomiczną w Łodzi, ul. Sterlinga 26, 90-212 Łódź, zwaną dalej „**Uczelnią**”, reprezentowaną przez

a

.....
ur. dnia,
zamieszkałą/tym (*adres*),
legitymującą/cym się (*nazwa i numer dokumentu*)

.....
zwanym dalej Uczestnikiem Projektu

§1

Przedmiot umowy

1. Przedmiotem umowy jest udział Uczestnika Projektu w Szkoleniu¹, zwanym dalej Szkoleniem:
- „Szkolenie praktyczne instruktora symulacji wysokiej wierności w pielęgniarstwie” (5dni*8godzin)
 - „Szkolenie praktyczne instruktora symulacji niskiej wierności w pielęgniarstwie” (5dni*8godzin)
 - „Szkolenie dla techników symulacji medycznej” (5dni*8godzin)
 - „Staż dla informatyka symulacji medycznej” (2dni*8godzin)
 - „Staż dla osób zarządzających MCSM” (2dni*5godzin;1dzień*6godzin)
 - „Szkolenie praktyczne kadry uczelni pielęgniarstwiej” (2dni*5godzin;1dzień*6godzin)
 - „Szkolenie praktyczne egzaminatora OSCE w pielęgniarstwie” (5dni*8godzin)

w ramach Projektu „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, realizowanego przez Akademię Humanistyczno-Ekonomiczną w Łodzi (Realizator Projektu) z siedzibą w Łodzi ul. Sterlinga 26, 90-212 Łódź oraz przez Miejskie Centrum Medyczne im. dr K. Jonschera w Łodzi z siedzibą przy ul. Milionowej 14, 93-113 Łódź (Partner Projektu), współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach umowy z Ministerstwem Zdrowia nr POWR.05.03.00-00-0069/17-00, zwanego dalej „**Projektem**”.

2. Szkolenia realizowane są w oparciu o zapisy wniosku o dofinansowanie Projektu. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, zapisy umowy o dofinansowanie Projektu, Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.
3. Umowa zawarta jest na okres trwania Szkoleń, tj. od do roku.

¹ możliwość wyboru kilku rodzajów szkoleń, zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce z lewej strony



Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

4. Za dzień rozpoczęcia udziału Uczestnika Projektu w Projekcie przyjmuje się datę podpisania niniejszej umowy.
5. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do wydłużenia lub skrócenia terminu realizacji Szkolenia/Szkoleń z zachowaniem wymiaru liczby godzin danego kursu podanym w §1 punkt 1.
6. Szczegółowy harmonogram Szkoleń dostępny jest na stronie internetowej Projektu <http://csm.ahe.lodz.pl/dokumenty-Projektu>. W przypadku zmiany harmonogramu zajęć Realizator Projektu umieści taką informację na stronie internetowej.

§ 3

Obowiązki uczestnika Projektu

W ramach realizacji wsparcia Szkoleniowego Uczestnik Projektu zobowiązuje się do:

- a) regularnego, punktualnego i aktywnego uczestnictwa we wszystkich zajęciach i innych formach wsparcia zgodnie z programem Szkoleń oraz wytycznymi osób prowadzących zajęcia;
- b) wykonywania zadań określonych w *Programie rozwojowym kierunku pielęgniarstwo AHE w Łodzi* związanych z działalnością CSM AHE w Łodzi w okresie od 01.01.2019r. do 31.12.2020r.
- c) w przypadku nieobecności na zajęciach/stażach z przyczyn niezależnych od Uczestnika (m.in. choroba, wypadek, śmierć najbliższego członka rodziny, udokumentowane wyjazdy służbowe, inne ważne sytuacje losowe potwierdzone stosownymi zaświadczeniami potwierdzającymi brak możliwości uczestnictwa w zajęciach) - dostarczenia odpowiedniego zaświadczenia dokumentującego przyczynę nieobecności w terminie 3 dni od dnia ustania okoliczności uzasadniających nieobecność; w przypadku usprawiedliwionej nieobecności na zajęciach Szkolenia, Uczestnik jest zwolniony z obowiązku zwrotu kosztów Szkolenia;
- d) wypełnienia ankiet ewaluacyjnych, dostarczonych przez Realizatora Projektu, niezbędnych do prawidłowej realizacji procesu ewaluacji Projektu;
- e) podania Realizatorowi Projektu danych osobowych dla potrzeb kontroli i ewaluacji Projektu i wyrażenia zgody na ich przetwarzanie;
- f) informowania Realizatora Projektu, o każdej zmianie danych osobowych;
- g) wypełniania swoich obowiązków wynikających z uczestnictwa w Projekcie;
- h) wypełnienia i podpisania oświadczeń i dokumentów wymaganych przez IP i Realizatora Projektu/Partnera Projektu;
- i) przestrzegania niniejszej umowy oraz Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie;
- j) w przypadku rezygnacji z udziału w Projekcie Uczestnik zobowiązany jest do złożenia w Biurze Projektu pisemnego oświadczenia o rezygnacji ze szczegółowym wskazaniem przyczyny rezygnacji.

§ 4

Uprawnienia Uczestnika Projektu

Uczestnik Projektu jest uprawniony do:

- a) nieodpłatnego udziału w Szkoleniu;
- b) nieodpłatnego korzystania z cateringu udostępnionego w ramach Szkolenia;
- c) otrzymania zwrotu kosztów dojazdu/noclegu, jeśli miejsce zamieszkania Uczestnika znajduje się poza miejscem odbywania się Szkolenia - zgodnie z *Procedurą zwrotu kosztów dojazdu i noclegu dla uczestników*.



Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- d) otrzymania Certyfikatu/Zaświadczenia potwierdzającego uczestnictwo w Szkoleniu, w przypadku ukończenia Szkolenia.

§ 5

Obowiązki Realizatora/Partnera Projektu

Realizator/Partner Projektu zobowiązuje się do:

- 1) zapewnienia prawidłowej organizacji Szkolenia,
- 2) zapewnienia odpowiedniej infrastruktury służącej realizacji zajęć oraz dbałość o wyposażenie sal Szkoleniowych umożliwiających realizację Szkolenia w ramach Projektu.
- 3) zapewnienia doświadczonych wykładowców o odpowiednich kwalifikacjach do realizacji Szkolenia.
- 4) wydania Certyfikatów/Zaświadczeń potwierdzających uczestnictwo w Szkoleniu w przypadku ukończenia Szkolenia i pozytywnego zaliczenia egzaminu końcowego.
- 5) zapewnienia cateringu w trakcie trwania zajęć Szkoleniowych (obiad, przerwa kawowa).
- 6) zapewnienia dostępu Uczestnikom Projektu do sprzętu związanego z tematyką Szkolenia m.in. fantomów, symulatorów, sprzętu specjalistycznego i ogólnodydaktycznego.
- 7) Zapewnienie zwrotów kosztów dojazdu oraz noclegów wraz ze śniadaniem dla Uczestników Projektu, których miejsce zamieszkania znajduje się poza miejscem odbywania się Szkolenia zgodnie z *Procedurą zwrotu kosztów dojazdu i noclegu dla uczestników*.

§ 6

Rozwiązanie umowy

1. W przypadku niedopełnienia przez Uczestnika warunków niniejszej umowy, w szczególności zapisów §3, Realizator Projektu/Partner Projektu ma prawo do natychmiastowego rozwiązania umowy z Uczestnikiem bez zachowania okresu wypowiedzenia.
2. W przypadku nieukończenia Szkolenia bądź rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie z przyczyn zależnych od Uczestnika, Uczestnik zobowiązany jest do zwrotu kosztów Szkolenia w kwocie zł (słownie:).
3. W przypadku nieukończenia Szkolenia bądź rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie z przyczyn takich jak zdarzenia losowe: śmierć, choroba lub nieszczęśliwy wypadek Uczestnika potwierdzone stosownymi zaświadczeniami stwierdzającymi brak możliwości uczestnictwa w Szkoleniu, złożonymi w terminie 3 dni od dnia zaistnienia powyższych okoliczności w biurze Projektu, Uczestnik jest zwolniony z obowiązku zwrotu kosztów Szkolenia.
4. W przypadku wystąpienia sytuacji określonej w ust. 1 Realizator Projektu/Partner Projektu ma prawo dochodzenia odszkodowania za poniesione straty w kwocie przewyższającej koszt Szkolenia.
5. W przypadku rozwiązania niniejszej umowy Uczestnik traci prawo do udziału w Szkoleniu.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. Integralną częścią niniejszej umowy stanowi *Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie*. Uczestnik oświadcza, że zapoznał się niniejszym Regulaminem i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
2. Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z *Procedurą zwrotu kosztów dojazdu i noclegu dla uczestników*.





Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

3. Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z treścią niniejszej umowy oraz treścią załączników i zobowiązuje się do jej przestrzegania.
4. Strony oświadczają, że zapoznały się z postanowieniami niniejszej umowy i nie wnoszą do nich zastrzeżeń.
5. W sprawach nieuregulowanych umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.
6. Zmiana umowy nastąpić może wyłącznie w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
7. Wszelkie spory powstałe w wyniku realizacji niniejszej Umowy, których strony nie rozwiążą w sposób polubowny, będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy ze względu na siedzibę Realizatora Projektu/Partnera Projektu.
8. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....
Realizator Projektu

.....
Uczestnik Projektu

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz Dane Uczestnika Projektu otrzymującego wsparcie

Załącznik nr 2 – Deklaracja Uczestnictwa w Projekcie

Załącznik nr 3 – Oświadczenie Uczestnika Projektu w zakresie przetwarzania danych osobowych

Załącznik nr 4 – Oświadczenie o wykorzystaniu wizerunku



Akademia
Humanistyczno-
Ekonomiczna
w Łodzi

Lider Projektu

Biuro Projektu:

*Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi,
ul. Sterlinga 26, 90-212 Łódź, pok. K207*



MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE
JONSCHER
IM. DR. KAROLA JONSCHERA W ŁODZI

Partner Projektu



Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE

Przekazuję dobrowolnie poniższe dane osobowe w związku z przystąpieniem do projektu „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

DANE UCZESTNIKA		
KRAJ		
Imię	Nazwisko	PESEL
Brak PESEL (zaznaczyć właściwe)	Tak/Nie	
Płeć	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	Wykształcenie (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce)
		<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
DANE KONTAKTOWE		
Województwo	Powiat	Gmina
Miejscowość	Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	Telefon kontaktowy	Adres e-mail
SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce)	w tym (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce)	
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	





Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Zatrudniony w:	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <i>(zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce)</i>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> tak
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <i>(zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce)</i>	<input type="checkbox"/> brak danych <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Osoba z niepełnosprawnościami <i>(zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce)</i>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> tak
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <i>(zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce)</i>	<input type="checkbox"/> brak danych <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
w tym: gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <i>(zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce)</i>	<input type="checkbox"/> brak danych <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <i>(zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce)</i>	<input type="checkbox"/> brak danych <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <i>(zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce)</i>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> tak

Oświadczam, że:

- Dane przedstawione w niniejszej karcie zgłoszeniowej odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
- Zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie” oraz akceptuję jego zapisy.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji, monitoringu i ewaluacji Projektu zgodnie z Ustawą z dn. 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych Dz. U. 2018 poz.1000, z późn. zm.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

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

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

Biuro Projektu:



Akademia
Humanistyczno-
Ekonomiczna
w Łodzi

*Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi,
ul. Sterlinga 26, 90-212 Łódź, pok. K207*



MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE
JONSCHER
IM. DR. KAROLA JONSCHERA W ŁODZI



Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

w Projekcie „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”

Ja, niżej podpisany/a

Deklaruję uczestnictwo w Projekcie „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo” nr POWR.05.03.00-00-0069/17-00 realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Priorytet V. Wsparcie dla obszaru Zdrowia Działanie: 5.3. Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, a dane przedstawione przeze mnie w kwestionariuszu osobowym są zgodne ze stanem faktycznym i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

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

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





Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3

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 rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo** 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



Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

Lider Projektu

Biuro Projektu:

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi,
ul. Sterlinga 26, 90-212 Łódź, pok. K207



MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE
JONSCHER
IM. DR. KAROLA JONSCHERA W ŁODZI

Partner Projektu



Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- 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 **Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - **Ministerstwu Zdrowia ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - **Miejskie Centrum Medyczne im. dr K. Jonschera w Łodzi, ul. Milionowa 14, 93-113 Łódź**.
- 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 PO WER.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. 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.



Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. 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 podstawie²:
 - 1) 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,
 - 2) 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,
 - 3) 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.),
 - 4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - **Ministerstwu Zdrowia ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - **Miejskie Centrum Medyczne im. dr K. Jonschera w Łodzi, ul. Milionowa 14, 93-113 Łódź**. 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

² Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.

Biurowo Projektu:



Akademia
Humanistyczno-
Ekonomiczna
w Łodzi

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi,
ul. Sterlinga 26, 90-212 Łódź, pok. K207



MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE
JONSCHER
IM. DR. KAROLA JONSCHERA W ŁODZI



Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty IOD@ahelodz.pl.
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. 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.





Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE O WYKORZYSTANIU WIZERUNKU

Ja, niżej podpisany/a

wyrażam zgodę na nieodpłatne, nieograniczone czasowo i ilościowo wykorzystanie mojego wizerunku poprzez wykonanie zdjęcia/zdjęć oraz nagrywanie materiału/materiałów audiowizualnego/audiowizualnych podczas działań prowadzonych w ramach projektu **Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo** oraz umieszczanie ich w materiałach informacyjnych i promocyjnych, które będą rozpowszechniane drogą elektroniczną oraz w formie drukowanej.

Zdjęcia oraz nagrane materiały audiowizualne zostaną wykorzystane wyłącznie do promocji i komunikacji projektu **Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo**, którego jestem uczestnikiem.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

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



Akademia
Humanistyczno-
Ekonomiczna
w Łodzi

Lider Projektu

Biuro Projektu:
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi,
ul. Sterlinga 26, 90-212 Łódź, pok. K207



MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE
JONSCHER
IM. DR. KAROLA JONSCHERA W ŁODZI

Partner Projektu