

Załącznik nr 3a

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

dla kandydatów i kandydatek na Instruktorów zabiegów endoskopowych

w ramach Projektu „Nowoczesne standardy kształcenia doskonalącego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych”

**UDA-FERS.01.01-IP.02-0001/23-00**

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. Dane podstawowe

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Płeć** |  |
| **Wykształcenie** |  |
| **Adres zamieszkania:** |  |
| **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** |  |

1. Dane dodatkowe

|  |
| --- |
| **Proszę** zaznaczyć **odpowiedź** |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | [ ]  **Tak**[ ]  **Nie**[ ]  **Odmowa podania informacji** |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | [ ]  **Tak**[ ]  **Nie**[ ]  **Odmowa podania informacji** |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | [ ]  **Tak**[ ]  **Nie**[ ]  **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 (innej niż wymienione powyżej)** | [ ]  **Tak**[ ]  **Nie**[ ]  **Odmowa podania informacji** |

1. Oświadczenia kandydata/kandydatki na Instruktora zabiegów endoskopowych

|  |
| --- |
| 1. **Oświadczam, że spełniam kryteria formalne dla Instruktorów/Instruktorek zabiegów Endoskopowych** (proszę przekreślić niewłaściwą odpowiedź)
 |
| Jestem czynnym/-ą zawodowo lekarzem/lekarką | **TAK** | **NIE** |
| Posiadana specjalizacja w dziedzinie medycyny wykorzystującej zabiegi endoskopowe | **TAK** | **NIE** |
| Posiadam co najmniej 2 lata doświadczenia dydaktycznego w prowadzeniu zajęć na kursach specjalizacyjnych lub doskonalących dla lekarzy | **TAK** | **NIE** |
| Posiadam doświadczenie w wykonywaniu badań i zabiegów endoskopowych (co najmniej 200 procedur)  | **TAK** | **NIE** |
| 1. **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)* 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  |  |
| Tytuł naukowy profesora |  |
| Posiadanie certyfikatu uprawniającego do prowadzenia szkoleń symulacyjnych – 10 pkt/certyfikat, nie więcej niż 20 punktów (proszę o wskazanie nazwy certyfikatu, daty wydania oraz nazwy jednostki certyfikującej) |  |  |
| Doświadczenie w realizacji szkoleń z zakresu symulacji medycznych/endoskopowych – 5 punktów/szkolenie, nie więcej niż 20 punktów (proszę o wskazanie nazw i terminów zrealizowanych szkoleń) |  |  |

1. 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 symulacji 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 *„Nowoczesne standardy kształcenia doskonalącego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych”.* 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 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 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 Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, Oś priorytetowa I Umiejętności; Działanie 1.1 Współpraca ponadnarodowa;
8. zostałem/-am poinformowany/-a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Zespołu Instruktorów i Instruktorek 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 Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027;
12. 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;
13. zapoznałem/-am się z treścią Informacji o przetwarzaniu danych osobowych.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

|  |  |
| --- | --- |
| **Data:** | **Czytelny podpis:** |
|  |  |

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych – przez UM w Łodzi**

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. **Administrator danych osobowych**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi z siedzibą w Łodzi, al. Kościuszki 4, 90–419 Łódź, tel.
 42 272 52 11 informuje, że jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych.

1. **Inspektor Ochrony Danych**

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego wyznaczyło Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan skontaktować się w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw za pomocą e-mail: iod@umed.lodz.pl, telefon: 42 272 52 11 lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.

1. **Cele i podstawy przetwarzania**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych ma na celu przeprowadzenie postępowania, zakwalifikowanie do udziału, realizacja dla osób zakwalifikowanych oraz rozliczenie
i ewaluacja Projektu pn. „Nowoczesne standardy kształcenia doskonalącego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych ” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, Oś priorytetowa I Umiejętności; Działanie 1.1 Współpraca ponadnarodowa (umowa nr UDA-FERS.01.01-IP.02-0001/23), kontaktowania się w toku postępowania, weryfikacji pod kątem kompletności dokumentów, na podstawie obowiązków wynikających z przepisów prawa w zakresie ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 oraz ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami jako prawnie uzasadniony interes Administratora (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c, lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO).

1. **Odbiorcy danych**

Pani/Pana dane osobowe zostaną udostępnione ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego [Instytucji Zarządzającej], Ministrowi Zdrowia, Instytucji Pośredniczącej – Centrum Projektów Europejskich mającej siedzibę przy ul. Puławskiej 180, 02-670 Warszawa, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych. Pani/Pana dane mogą zostać także udostępnione podmiotom przetwarzającym, które świadczą nam usługi prawnicze, wspierają nas systemami teleinformatycznymi oraz dostarczają nam i obsługują nasze systemy informatyczne oraz oprogramowanie wykorzystywane do właściwej realizacji zadań oraz w przypadku zaistniałej konieczności podmiotom uprawnionym do otrzymania Pani/Pana danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

1. **Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych**

Nie przekazujemy Pani/Pana danych poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

1. **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od daty płatności końcowej na rzecz Beneficjenta , przy czym bieg terminu zostaje przerwany w przypadku wszczęcia postępowania administracyjnego lub sądowego dotyczącego wydatków rozliczonych w Projekcie albo na należycie uzasadniony wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej przedsiębiorcom będą przechowywane przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile Uczestnik w ramach Projektu otrzyma wsparcie spełniające kryteria jego uznania jako pomoc publiczna. Następnie, jeśli chodzi o materiały archiwalne, zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną CMKP opracowaną na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

1. **Pani/Pana prawa**

Przysługuje Pani/Panu:

1. prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych – uzyskania od Administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe, a jeżeli ma to miejsce, uzyskanie dostępu do nich oraz przekazania Pani/Panu informacji w zakresie wskazanym w art. 15 RODO;
2. prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych – żądania od Administratora niezwłocznego sprostowania danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych zgodnie z art. 16 RODO;
3. prawo do usunięcia Pani/Pana danych osobowych – żądania od Administratora niezwłocznego usunięcia danych osobowych, jeżeli spełniona zostanie jedna
z przesłanek określonych w art. 17 RODO, m.in. dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane. Prawo usunięcia danych może zostać ograniczone ze względu na obowiązki Administratora wynikające z obowiązującego prawa;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w przypadkach wskazanych w art. 18 RODO, m. in. kwestionowania prawidłowości danych osobowych;
5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w przypadkach określonych w art. 21 RODO;
6. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych zgodnie z art. 77 RODO.

W celu skorzystania z ww. praw należy skierować żądanie do Administratora Danych Osobowych lub Inspektora Ochrony Danych – dane kontaktowe wskazano w pkt I lub II niniejszej informacji. Proszę pamiętać, że przed realizacją Pani/Pana uprawnień Administrator będzie musiał upewnić się, że Pani/Pan ma powyższe prawo, czyli odpowiednio Panią/Pana zidentyfikować.

1. **Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymagane przepisami prawa. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w Projekcie.

1. **Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.