Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

wielkopolskie centrum onkologii

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU**

**Beneficjent:** Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka

**Tytuł projektu**: „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim"

**Numer umowy**: nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762

**Tytuł programu profilaktycznego:** Ogólnopolski program profilaktyczny nowotworów skóry (NS) ABCDE samokontroli znamion na obszarze woj. lubuskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego

Należy zaznaczyć **X** przy właściwej formie wsparcia:

☐ Udział w programie zdrowotnym – usługa medyczna/zdrowotna

☐ Szkolenie POZ/kurs

| **Dane osobowe wnioskodawcy (prosimy wypełnić pismem maszynowym lub drukowanymi literami)** | | | |
|---|---|---|---|
| Imię i nazwisko uczestnika: | | | |
| PESEL : | | | |
| Adres zamieszkania: | | | |
| Województwo: | | | |
| Telefon: | | | |
| Nazwa świadczenia zdrowotnego, z którego udzieleniem wiąże się konieczność dojazdu uczestnika projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych | ☐ konsultacja edukacyjna/świadomościowa<br>☐ świadczenie lekarza POZ<br>☐ badanie dermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty<br>☐ badanie videodermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty<br>☐ nie dotyczy świadczenia zdrowotnego (szkolenie POZ/kurs) | | |
| Czy jest Pan/i osobą z niepełnosprawnościami?* | ☐ Odmowa | ☐ Tak | ☐ Nie |
| W przypadku osób z niepełnosprawnościami prosimy o poinformowanie nas o swoich potrzebach, umożliwi to przygotowanie odpowiedniej pomocy oraz sprawną obsługę podczas udzielania świadczeń. | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Czy jest Pan/i osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ Odmowa | □ Tak | □ Nie |

Proszę o przyznanie zwrotu kosztów dojazdu (i z powrotem) z miejsca zamieszkania do miejsca udzielania świadczenia w ramach Programu tj. :

……..

……..

……

(nazwa i adres placówki udzielającej świadczenia)

| | |
|---|---|
| Dojazd w dniu: | Odległość z miejsca zamieszkania do miejsca docelowego:……..km |

Szacowany koszt brutto dojazdu (tam i z powrotem)……PLN

Podróż odbędę środkiem transportu:

- ☐ PKP II klasa
- ☐ PKS
- ☐ Transport własny*
- ☐ Transport inny* (podać jaki)…….

  * Zwrot kosztów dojazdu transportem własnym lub innym jest dopuszczalny tylko w przypadkach uzasadnionych specjalnymi potrzebami osoby wnioskującej.
  Do wniosku należy dołączyć uzasadnienie wyboru tej formy transportu wraz z kalkulacją jego kosztów.

Zwrot kosztów proszę wypłacić:

- ☐ przelewem na konto w (nazwa Banku):……..

Nr konta: __ __-__ __ __ __-__ __ __ __-__ __ __ __-__ __ __ __-__ __ __ __-__ __ __ __

- ☐ przekazem pocztowym na adres podany we wniosku.

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE pn.** „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na

Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:**

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej
V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim;
2. Spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
3. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne
4. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
6. Zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez ***Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia i Stowarzyszenie Chorych na Czerniaka*** oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9.Oświadczam, że dane zawarte w Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

**Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.**

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| *Miejscowość i data* | *Czytelny podpis Kandydata* |

**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.: „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy ds. 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 „Program profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim", 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 – Skarbowi Państwa - Ministrowi Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, beneficjentowi realizującemu projekt - Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, 61-866 Poznań, ul. Garbary 15, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – nazwa i adres w/w podmiotów na stronie www.wco.pl/ppns. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, 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 przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do Państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty: miroslawa.mocydlarz-adamcewicz@wco.pl (gdy ma ty zastosowanie – należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).

12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

…… ……..

*Miejscowość i data* *Czytelny podpis Kandydata*

---

| Decyzja Kierownika Projektu |
| --- |
| ☐ Wniosek kompletny<br>☐ Wniosek niekompletny, zwrócono do uzupełnienia dnia…….. |
| ☐ Przyznano zwrot kosztów zgodnie z wnioskiem.<br>☐ Nie przyznano zwrotu kosztów. Uzasadnienie:<br><br>☐ Przyznano zwrot kosztów – inny niż wnioskowany, tj: |

…..…… ……

DATA PODPIS KIEROWNIKA PROJEKTU

Projekt „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020