



Załącznik nr 2 do Regulaminu Projektu pt. „Profilaktyka Świętokrzyskich Pracowników”  
nr FESW.07.01-IZ.00-0068/24

### FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

DANE UCZESTNIKA	
Imię	
Nazwisko	
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
PESEL <input type="checkbox"/> TAK * <input type="checkbox"/> NIE * (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK należy podać numer PESEL w polu obok)	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5–8)
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica (nr domu/mieszkania)	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
<b>SZCZEGÓŁY WSPARCIA (należy zaznaczyć X)</b>	
<b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>	
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane (np. Romowie))	<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
Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	

osoba pracująca, w tym:	
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w administracji rządowej
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w organizacji pozarządowej
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w MMŚP
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca na uczelni
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w instytucie naukowym
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w instytucie badawczym
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
<input type="checkbox"/>	osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
<input type="checkbox"/>	inne

.....  
Miejscowość, data

.....  
czytelny podpis Uczestnika Projektu



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu pt. „Profilaktyka Świętokrzyskich Pracowników”  
nr FESW.07.01-IZ.00-0068/24

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU

.....PESEL: .....  
(imię i nazwisko)

deklaruję uczestnictwo w projekcie pt. „**Profilaktyka Świętokrzyskich Pracowników**”, nr FESW.07.01-IZ.00-068/24 realizowanym przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach (WOMP) w partnerstwie ze Świętokrzyskim Centrum Onkologii Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Kielcach (ŚCO) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.

**Oświadczam**, że spełniam warunki udziału w projekcie określone w Regulaminie Projektu pn. „Profilaktyka Świętokrzyskich Pracowników” nr FESW.07.01-IZ.00-0068/24.

**Deklaruję** udział we wskazanych formach wsparcia, do których zostanę zakwalifikowana/y w ramach Projektu, zgodnie z Regulaminem Projektu i procesem rekrutacji.

**Oświadczam**, że zapoznałem/łam się i będę przestrzegać Regulaminu Projektu.

**Zobowiązuję się** do osobistego umawiania się na wizyty do specjalistów w ciągu 30 dni od teleporady i wystawienia zaleceń (skierowań). Po tym czasie skierowania będą anulowane.

Jednocześnie, **zobowiązuję się** do przekazania danych dotyczących statusu na rynku pracy, w tym kontynuacji zatrudnienia do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie oraz przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.

**Oświadczam**, że w chwili przystąpienia do Projektu nie korzystam z tożsamego wsparcia finansowanego z innych źródeł EFS+.

Świadomy odpowiedzialności cywilnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej administratora danych tj. Zarządu Województwa Świętokrzyskiego oraz treścią klauzuli informacyjnej współadministratorów tj. WOMP i ŚCO.

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis Uczestnika Projektu





Załącznik nr 3 do Regulaminu Projektu pt. „Profilaktyka Świętokrzyskich Pracowników”  
nr FESW.07.01-IZ.00-0068/24

### KLAUZULA INFORMACYJNA – WOMP, ŚCO

Zgodnie z art. 13, 14 oraz art. 26 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.), zwanego dalej „RODO” oraz w związku z realizowanym projektem *Profilaktyka Świętokrzyskich Pracowników w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus* zwanego dalej „Projektem” informujemy, że Projekt jest realizowany w partnerskie pomiędzy Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy w Kielcach oraz Świętokrzyskim Centrum Onkologii Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Kielcach.

W związku z tym, że jako partnerzy Projektu działamy na zasadzie współadministrowania, zgodnie z art. 26 RODO zawarliśmy stosowne porozumienie. Każdy z Partnerów dokłada należytej staranności, by zapewnić bezpieczeństwo przetwarzania Pana/Pani danych i do każdego możecie Państwo zwrócić się z wszelkimi pytaniami. Podanie danych w formularzu rekrutacyjnym i ankietach medycznych może nastąpić zarówno wobec Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Kielcach jak i Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

Świętokrzyskie Centrum Onkologii administruje i zarządza szpitalnym systemem informatycznym, który jest wykorzystywany na potrzeby realizacji Projektu. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy realizuje obowiązki sprawozdawcze wobec Instytucji Zarządzającej związane z Pani/Pana udziałem w Projekcie.

Poniżej realizując obowiązki wynikające z RODO przekazujemy Pani/Panu następujące informacje.

#### Współadministratorzy danych osobowych

Współadministratorami Pani/Pana danych osobowych są:

- 1) Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach, ul. Karola Olszewskiego 2a, 25-663 Kielce
- 2) Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach, ul. S. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce

#### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

U każdego ze Współadministratorów wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych.

1. Inspektorem Ochrony Danych w WOMP jest: Wiesław Loch, tel. 41 34 79 701, e-mail: [iod@womp.com.pl](mailto:iod@womp.com.pl)
2. Inspektorem Ochrony Danych w ŚCO jest: Mariusz Wiatr, tel. 41 367 4094, e-mail: [iod@onkol.kielce.pl](mailto:iod@onkol.kielce.pl)

#### Cele przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w związku z Pana/Pani udziałem w Projekcie do celów wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na współadministratorach związanych z:

- 1) wykonywaniem zadań związanych z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, w szczególności do celów monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów, w stosownych przypadkach, do celów określenia kwalifikowalności uczestników;
- 2) udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 3) archiwizacją dokumentacji.

#### Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na współadministratorach (art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g RODO), wynikających z:

- 1) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. U. UE. L. z 2021 r. Nr 231, str. 159, z późn. zm.);
- 2) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. U. UE. L. z 2021 r. Nr 231, str. 21, z późn. zm.);
- 3) ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. z 2022 r. poz. 1079);
- 4) ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2000, z późn. zm.);
- 5) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, z późn. zm.);



- 6) ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164, z późn. zm.);
- 7) Ustawa z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581);
- 8) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799, z późn. zm);
- 9) Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1175 z późn. zm).

#### Kategorie odnośnych danych osobowych

Zakres Pani/Pana danych osobowych, które mogą przetwarzać współadministratorzy wynika z art. 87 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027. Dane osobowe, które mogą być przetwarzane przez współadministratorów obejmują także dane dotyczące stanu zdrowia, dane genetyczne (jeśli wynikają z wykonanych świadczeń zdrowotnych) oraz dane biometryczne w postaci podpisu elektronicznego.

#### Odbiorcy danych osobowych

Dane mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa (np. organom publicznym), a także na podstawie umów powierzenia. W szczególności podmiotom, o których mowa w art. 87 i 89 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, podmiotom realizującym działalność leczniczą w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych w Projekcie.

#### Przekazanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani do organizacji międzynarodowej.

#### Okres przechowywania danych osobowych

Współadministratorzy mają obowiązek prawny przechowywania Pana/Pani danych osobowych przez okres wskazany w przepisach Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a w szczególnych przypadkach do 30 lat od momentu dokonania ostatniego wpisu w prowadzonej dokumentacji medycznej.

#### Prawa osoby, której dane dotyczą

posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych i uzyskania ich kopii (art. 15 RODO), prawo do sprostowania danych (art. 16 RODO), prawo do ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO).

#### Źródło pochodzenia danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe są przekazane współadministratorom przez Panią/Pana. Dane są także ujawniane w wyniku przeprowadzenia badań diagnostycznych i realizacji świadczeń zdrowotnych.

#### Informacja o wymogu podania danych osobowych

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Ich niepodanie uniemożliwi udział w Projekcie.

#### Informacja dotycząca zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, w tym profilowania

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

#### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi z art. 77 RODO do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

Oświadczam, że zapoznałem się z zawartymi w niniejszej klauzuli informacjami na temat przetwarzania danych osobowych<sup>1</sup>.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis<sup>2</sup>)

<sup>1</sup> Zgodnie z zasadą rozliczalności, o której mowa w art. 5 ust. 2 RODO, Administrator musi być w stanie wykazać przestrzeganie przez siebie przepisów RODO. Ponadto, stosownie do pkt 8 rozdziału 4 Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 uczestnik projektu musi potwierdzić zapoznanie się z informacjami wynikającymi z art. 13 i 14 RODO. W przypadku uczestnika projektu nieposiadającego zdolności do czynności prawnych, fakt zapoznania się z powyższymi informacjami potwierdza jego opiekun prawny. Sposób udokumentowania zapoznania się z powyższymi informacjami musi pozwalać na zachowanie ścieżki audytu.

<sup>2</sup> W przypadku gdy źródłem informacji o osobie fizycznej jest osoba działająca w jej imieniu i na jej rzecz, należy dodatkowo wskazać, w imieniu kogo i na czyją rzecz dana osoba działa.



**Wzór klauzuli informacyjnej potwierdzającej wykonywanie przez Instytucję Zarządzającą obowiązku Administratora względem osób, których dane Beneficjent lub podmiot upoważniony przez niego do realizacji zadań pozyskuje**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 i 14 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) (Dz. Urz. UE. L. 119 z 4.5.2016, s. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informuje się, że:

**Administrator danych osobowych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, tel.: 41/395-10-00, fax.: 41/344-52-65, e-mail: [urząd.marszałkowski@sejmik.kielce.pl](mailto:urząd.marszałkowski@sejmik.kielce.pl). Ponadto, informuje się, że minister właściwy ds. rozwoju regionalnego występuje w roli administratora i gestora systemu CST2021 odpowiedzialnego za administrowanie CST2021.

**Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**

Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@sejmik.kielce.pl](mailto:iod@sejmik.kielce.pl) lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych, Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce.

**Cele przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane do celów wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze związanych z:

- 1) wykonywaniem zadań związanych z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, w szczególności do celów monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz, w stosownych przypadkach, do celów określenia kwalifikowalności uczestników;
- 2) archiwizacją dokumentacji.

**Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na zasadach określonych w szczególności w:

- 1) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. Urz. UE L 231 z 30.6.2021, s. 159, z późn. zm.);
- 2) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylającego rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.6.2021, s. 21, z późn. zm.);
- 3) ustawie z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. z 2022 r. poz. 1079), zwanej dalej „ustawą wdrożeniową”.

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest :

- 1) art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 87 ust. 1 i art. 88 ustawy wdrożeniowej – przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego ciążyącego na Administratorze;
- 2) art. 9 ust. 2 lit. g RODO w zw. z art. 87 ust. 3 ustawy wdrożeniowej – przetwarzanie danych dotyczących pochodzenia rasowego lub etnicznego lub zdrowia, o których mowa w art. 9 RODO, jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, z obowiązkiem zachowaniem poufności tych danych przez osoby upoważnione do ich przetwarzania;
- 3) art. 10 RODO w zw. z art. 87 ust. 3 ustawy wdrożeniowej – przetwarzanie danych dotyczących terminu zakończenia odbywania kary pozbawienia wolności przez osoby skazane, o których mowa w art. 10 RODO, odnoszących się do tych osób, może być dokonywane na podstawie art. 6 ust. 1 RODO wyłącznie pod nadzorem władz publicznych lub jeżeli przetwarzanie jest dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw i wolności osób, których dane dotyczą, z obowiązkiem zachowaniem poufności tych danych przez osoby upoważnione do ich przetwarzania.

**Kategorie odnośnych danych osobowych**

Zakres Pani/Pana danych osobowych, które może przetwarzać Administrator wynika z art. 87 ust. 2 i 3 ustawy wdrożeniowej.

**Źródło pochodzenia danych osobowych**

Zgodnie z art. 87 ust. 1 ustawy wdrożeniowej Pani/Pana dane osobowe są pozyskiwane:





- 1) bezpośrednio od Panią/Pana;
- 2) z systemu teleinformatycznego lub
- 3) z rejestrów publicznych, o których mowa w art. 92 ust. 2 ustawy wdrożeniowej.

#### Odbiorcy danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione m.in. innym podmiotom na podstawie przepisów prawa, w szczególności podmiotom, o których mowa w art. 87 ust. 1 i art. 89 ust. 1 ustawy wdrożeniowej, organom Komisji Europejskiej, podmiotom upoważnionym przez Administratora, w tym pracownikom i współpracownikom Administratora, podmiotom, które wykonują usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym, operatorom pocztowym lub kurierskim. Ponadto, w zakresie stanowiącym informację publiczną, Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach.

#### Przekazanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.

#### Okres przechowywania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, o których mowa powyżej.

#### Prawa osoby, której dane dotyczą

Jeśli podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g, art. 10 RODO, posiada Pani/Pan prawo:

- 1) dostępu do treści danych osobowych i uzyskania ich kopii (art. 15 RODO);
- 2) do sprostowania danych (art. 16 RODO);
- 3) do ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO).

#### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Na podstawie art. 77 RODO ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

#### Informacja o wymogu podania danych osobowych

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Ich niepodanie uniemożliwi realizację przez Administratora celów określonych powyżej.

#### Informacja dotycząca zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, w tym profilowania

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Oświadczam, że zapoznałem się z zawartymi w niniejszej klauzuli informacjami na temat przetwarzania danych osobowych<sup>1</sup>.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis<sup>2</sup>)

<sup>1</sup> Zgodnie z zasadą rozliczalności, o której mowa w art. 5 ust. 2 RODO, Administrator musi być w stanie wykazać przestrzeganie przez siebie przepisów RODO. Ponadto, stosownie do pkt 8 rozdziału 4 Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 uczestnik projektu musi potwierdzić zapoznanie się z informacjami wynikającymi z art. 13 i 14 RODO. W przypadku uczestnika projektu nieposiadającego zdolności do czynności prawnych, fakt zapoznania się z powyższymi informacjami potwierdza jego opiekun prawny. Sposób udokumentowania zapoznania się z powyższymi informacjami musi pozwalać na zachowanie ścieżki audytu.

<sup>2</sup> W przypadku gdy źródłem informacji o osobie fizycznej jest osoba działająca w jej imieniu i na jej rzecz, należy dodatkowo wskazać, w imieniu kogo i na czyją rzecz dana osoba działa.





Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Informacje podstawowe						
Imię.....				Nazwisko.....		
PESEL.....				Telefon.....		
Adres zamieszkania .....						
Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania) .....						
Moduł genetyczny						
WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ PROSZĘ OTOCZYĆ KÓŁKIEM						
1. Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką Poradnii Genetycznej?				TAK	NIE	
2. Czy chorował(a) Pan/Pani na nowotwór?				TAK	NIE	
3. Proszę wskazać lokalizację nowotworu (zajęty narząd)				.....		
4. W jakim wieku zachorował Pan/Pani na nowotwór?				.....		
Pana/Pani Krewni	Czy ktoś z Pana/Pani rodziny chorował na nowotwór?			Lokalizacja nowotworu (zajęty narząd)	W jakim wieku zachorował Pana/Pani krewny na nowotwór?	Czy Pana/Pani krewny zmarł na nowotwór - jeżeli tak, proszę podać wiek?
Brat/bracia	TAK	NIE	NIE WIEM			
Siostra/siostry	TAK	NIE	NIE WIEM			
Syn/synowie	TAK	NIE	NIE WIEM			
Córka/córki	TAK	NIE	NIE WIEM			
Wnuki i wnuczki	TAK	NIE	NIE WIEM			
<b>OJCIEC</b>	TAK	NIE	NIE WIEM			
Brat/Bracia ojca	TAK	NIE	NIE WIEM			
Siostra/siostry ojca	TAK	NIE	NIE WIEM			
Dziadek ze strony ojca	TAK	NIE	NIE WIEM			
Babcia ze strony ojca	TAK	NIE	NIE WIEM			
<b>MATKA</b>	TAK	NIE	NIE WIEM			
Brat/Bracia matki	TAK	NIE	NIE WIEM			
Siostra/siostry matki	TAK	NIE	NIE WIEM			
Dziadek ze strony matki	TAK	NIE	NIE WIEM			
Babcia ze strony matki	TAK	NIE	NIE WIEM			

.....  
miejscowość, data, czytelny podpis UP





## POTWIERDZENIE PERSONELU MEDYCZNEGO I UCZESTNIKA PROJEKTU O UDZIELENIU I OTRZYMANIU ŚWIADCZENIA

**Partner Wiodący:** Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach

**Partner:** Świętokrzyskie Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach

**Tytuł i nr projektu:** „Profilaktyka Świętokrzyskich Pracowników”, nr FESW.07.01-IZ.00-0068/24

**Numer umowy:** FESW.07.01-IZ.00-0068/24

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	<b>Badania laboratoryjne krwi</b>																		
Imię i nazwisko uczestnika																			
PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Adres zamieszkania																			
Województwo																			
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego																			
Podpis uczestnika projektu																			
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	<i>pieczęć</i>																		
Adres podmiotu leczniczego	Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Stefana Artwińskiego 3 25-734 Kielce																		
Województwo	woj. świętokrzyskie																		
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego																			
Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne																			
Podpis i pieczęć osoby udzielającej świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	<i>podpis i pieczęć</i>																		





### Dane uczestnika

Imię ..... Nazwisko ..... PESEL .....

Telefon ..... E-mail .....

## **ANKIETA MEDYCZNA (WYPEŁNIA PACJENT) - ZAZNACZ SWOJĄ ODPOWIEDŹ**

### Moduł kardiologiczny

Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką poradni kardiologicznej/lekarza kardiologa? ☐ Tak ☐ Nie

Proszę zaznaczyć, które z poniższych chorób występują u Pani/Pana:

Nadciśnienie tętnicze ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

Inne choroby serca lub układu krążenia (zawał, udar, zaburzenia rytmu serca) ☐ Tak ☐ Nie

☐ Nie wiem

### **Hipercholesterolemia rodzinna**

Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką poradni hipercholesterolemii rodzinnej? ☐ Tak ☐ Nie

1. Czy stwierdzono u Pana/Pani kiedykolwiek poziom cholesterolu całkowitego **powyżej 350 mg%** lub poziom cholesterolu LDL powyżej **190 mg/dl**? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem
2. Czy obecnie przyjmuje Pan/Pani leki (przepisywane na receptę) z powodu wysokiego poziomu cholesterolu? ☐ Tak ☐ Nie
3. Czy wystąpił u Pana/Pani w najbliższej rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dzieci) epizod choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, udaru mózgu, miażdżycy tętnic (aorty, tętnic szyjnych, tętnic kończyn dolnych), nagły zgon u kobiet przed 55. rokiem życia lub u mężczyzn przed 60. rokiem życia? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

### **Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa/trombofilia (nadkrzepliwość)**

Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką poradni zaburzeń krzepnięcia krwi? ☐ Tak ☐ Nie

1. Czy wystąpił u Pana/Pani incydent zakrzepowo-zatorowy (zakrzepica żył kończyn dolnych, zator tętnicy płucnej) przed 50 rokiem życia? ☐ Tak ☐ Nie
2. Czy doszło u **Pani** do 2 lub więcej poronień samoistnych? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy
3. Czy w Pana/Pani rodzinie stwierdzono mutację genetyczną dla jednej z postaci trombofilii wrodzonej? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

### Moduł pulmonologiczny

Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką poradni chorób płuc/lekarza chorób płuc? ☐ Tak ☐ Nie

Czy miał/a Pan/Pani w przeciągu ostatnich 3-mcy wykonywane badanie TK klatki piersiowej/płuc (tomografia komputerowa)? ☐ Tak ☐ Nie

1. Czy jest Pan/Pani osobą:

- w wieku 50-54 lata ☐ Tak ☐ Nie
- w wieku 55-74 lata ☐ Tak ☐ Nie
- z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet\*\* ☐ Tak ☐ Nie
- palącą obecnie lub z okresem abstynencji tytoniowej krótszym niż 15 lat ☐ Tak ☐ Nie



u której stwierdza się przynajmniej jeden z czynników ryzyka:

- ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników Diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza, ekspozycja na radon  
☐Tak ☐Nie ☐Nie wiem
- choroby płuc - przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), włóknienie płuc (IPF)  
☐Tak ☐Nie ☐Nie wiem
- przebyty: rak płuca, w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu (rak przełyku, rak krtani, rak jamy ustnej, rak gardła, rak płuca, rak nerki, rak pęcherza moczowego, rak trzustki, rak żołądka, rak szyjki macicy, rak jelita grubego, ostra białaczka szpikowa) ☐Tak ☐Nie ☐Nie wiem
- nowotwory płuc w rodzinie - rodzice, dzieci, rodzeństwo ☐Tak ☐Nie ☐Nie wiem

\*\*Paczkolata można obliczyć poprzez pomnożenie liczby wypalanych paczek papierosów na dobę przez lata nałogu. Na przykład: jeśli paliłeś(-aś) jedną paczkę dziennie przez 20 lat, Twoja liczba paczkolat wyniesie 20.

### **Moduł laryngologiczny**

Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką poradni laryngologicznej/lekarza laryngologa, w tym również w ramach badań profilaktycznych z zakresu medycyny pracy? ☐ Tak ☐ Nie

1. Czy jest Pan/Pani wieloletnim palaczem/palaczką (20 paczkolat i więcej)? ☐ Tak ☐ Nie
2. Czy jest Pan/Pani osobą, narażoną na zakażenia wirusem HPV i HCV (zawody wymagające bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem lub narażające na kontakt z ludzkimi płynami ustrojowymi np.: pracownik medyczny, fryzjer, kosmetyczka, pracownik laboratorium mający kontakt z tkankami lub próbkami krwi, segregacja odpadów itp.)? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem
3. Czy pracuje Pan/Pani w zakładzie, w którym występuje narażenie na czynniki drażniące drogi oddechowe lub nadmierne zagęszczenie pyłów? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem
4. Czy występuje u Pana/Pani **od ponad 3 tygodni** jeden z następujących objawów **niezwiązanych z infekcją górnych dróg oddechowych**:
  - niegojące się owrzodzenia w jamie ustnej ☐ Tak ☐ Nie
  - pieczenie języka z nieznanej przyczyny ☐ Tak ☐ Nie
  - naloty w jamie ustnej niewiadomego pochodzenia ☐ Tak ☐ Nie
  - ból gardła niezwiązany z infekcją ☐ Tak ☐ Nie
  - guz na szyi niewiadomego pochodzenia ☐ Tak ☐ Nie
  - chrypka bez związku z infekcją lub wysiłkiem głosowym ☐ Tak ☐ Nie
  - niedrożność nosa z nieznanej przyczyny (bez związku z alergią lub infekcją)  
☐ Tak ☐ Nie
  - ból w trakcie połykania z nieznanej przyczyny ☐ Tak ☐ Nie
  - problemy z połykaniem z nieznanej przyczyny ☐ Tak ☐ Nie



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

### **Moduł rehabilitacyjny**

- 1) Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką poradni rehabilitacyjnej/ fizjoterapeuty? (co najmniej raz na 2 lata) ☐ **Tak** ☐ **Nie**
- 2) Czy dotyczy Pana/Pani problem zaburzeń równowagi lub zawrotów głowy o charakterze nawrotowym/przewlekłym trwających dłużej niż 30 dni? ☐ **Tak** ☐ **Nie**
- 3) Czy dotyczy Pana/Pani problem nietrzymania moczu o charakterze nawrotowym /przewlekłym? (termin „nietrzymanie moczu” odnosi się do jakiegokolwiek, niezależnego od woli wycieku moczu) ☐ **Tak** ☐ **Nie**
- 4) Czy występują u Pana/Pani nawracające lub przewlekłe dolegliwości ze strony układu ruchu (ból, ograniczenie ruchomości), które powodowały wyłączenia lub znaczne ograniczenia w pracy zawodowej trwające powyżej 1 m-ca ( w ostatnim roku) ? ☐ **Tak** ☐ **Nie**

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*czytelny podpis Uczestnika Projektu*







Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

## Wywiad (wypełnia pacjent)

### Informacje nt. uczestnika

Imię ..... Nazwisko .....

PESEL .....

Telefon ..... E-mail .....

Nazwa zakładu pracy .....

Wykonywany zawód .....

Rodzaj wykonywanej pracy:

1. ☐ stała lub ☐ zmianowa (dwie zmiany lub więcej )

2. ☐ umysłowa lub ☐ fizyczna:

☐ lekka fizyczna ☐ średnio-ciężka fizyczna ☐ ciężka fizyczna

Narażenia w środowisku pracy (hałas/pyły/ drgania mechaniczne/mikroklimat/promieniowanie jonizujące/czynniki biologiczne/czynniki chemiczne/inne jakie? .....)

### Stan zdrowia (wypełnia opiekun)

Wzrost ..... Waga ..... BMI .....

Wiek (w latach ukończonych) ..... Płeć .....

Ciśnienie tętnicze (mmHg) .....

Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe Nie/Tak

Jeśli tak proszę wymienić .....

.....

Palenie papierosów obecnie Nie/Tak

Uczestnik projektu wyraża zgodę na przekazywanie dokumentacji zdrowotnej:

☐ Drogą elektroniczną (e- Portal)

☐ Osobiście w biurze projektu

☐ Przesyłką pocztową