REGULAMIN PROJEKTU

„Profilaktyka dla pracownika”

nr FELD.08.04-IZ.00-0084/25

---

realizowanego przez

„Centrum Medyczne – Szpital Świętej Rodziny” Sp. z o.o.

w ramach programu regionalnego

Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

---

Program	Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027 (FEŁ2027)
Numer projektu	FELD.08.04-IZ.00-0084/25
Beneficjent	„Centrum Medyczne – Szpital Świętej Rodziny” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. inż. pilota Wigury 19, 90-302 Łódź, KRS 0000291548, NIP 7251958081
Okres realizacji	1 września 2026 r. – 31 sierpnia 2028 r.
Biuro Projektu	ul. inż. pilota Wigury 19, 90-302 Łódź, piętro II; pn.–pt. w godz. 8:00–18:00, tel: 42 254 96 42; e- mail: projektpracownik@swietarodzina.com.pl

§ 1
POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejszy Regulamin, zwany dalej „Regulaminem”, określa zasady organizacji, rekrutacji i realizacji projektu „Profilaktyka dla pracownika” nr FELD.08.04-IZ.00-0084/25, zwanego dalej „Projektem”.
2. Projekt jest realizowany przez „Centrum Medyczne – Szpital Świętej Rodziny” Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. inż. pilota Wigury 19, 90-302 Łódź, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000291548, NIP 7251958081, zwaną dalej „Beneficjentem”, „Centrum Medycznym” lub „Świadczeniodawcą”.
3. Regulamin jest dostępny w Biurze Projektu oraz na stronie internetowej Beneficjenta https://swietarodzina.com.pl/.
4. Ilekroć w Regulaminie jest mowa o:
    a. **ABI** – należy przez to rozumieć wskaźnik kostka–ramię (ang. Ankle-Brachial Index) – nieinwazyjne badanie przesiewowe w kierunku miażdżycy tętnic kończyn dolnych;

b. **aplikacji „Doctor Robert”** – należy przez to rozumieć autorskie narzędzie cyfrowe Beneficjenta, służące do przeprowadzenia ankiety zdrowotnej, wygenerowania spersonalizowanego harmonogramu badań i kontroli, wysyłania przypomnień oraz udostępnienia planu profilaktycznego w formacie PDF;
c. **Beneficjencie** – należy przez to rozumieć „Centrum Medyczne – Szpital Świętej Rodziny” Sp. z o.o. w Łodzi;
d. **BIA** – należy przez to rozumieć analizę składu ciała metodą bioimpedancji elektrycznej;
e. **Biurze Projektu** – należy przez to rozumieć wyodrębnione miejsce obsługi Projektu w siedzibie Beneficjenta w Łodzi przy ul. inż. pilota Wigury 19, czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8:00–18:00;
f. **danych osobowych** – należy przez to rozumieć dane osobowe w rozumieniu RODO, w tym dane szczególnych kategorii, tj. dane dotyczące zdrowia;
g. **dokumentach rekrutacyjnych** – należy przez to rozumieć komplet dokumentów wskazanych w § 8 Regulaminu;
h. **FibroScan** – należy przez to rozumieć badanie elastograficzne wątroby oceniające stopień jej stłuszczenia i włóknienia;
i. **IZ** – należy przez to rozumieć Instytucję Zarządzającą FEŁ2027, tj. Zarząd Województwa Łódzkiego;
j. **personelu Projektu** – należy przez to rozumieć wszystkie osoby zaangażowane w realizację zadań Projektu, w tym personel zarządzający, administracyjny oraz personel medyczny (lekarze, fizjoterapeuci, diagności, dietetycy);
k. **programie profilaktycznym** – należy przez to rozumieć profilaktyczny program prozdrowotny zatwierdzony w dniu 3 listopada 2025 r., opracowany i wdrażany przy udziale JOSMP, stanowiący merytoryczną podstawę wsparcia udzielanego w Projekcie;
l. **Projekcie** – należy przez to rozumieć projekt „Profilaktyka dla pracownika” nr FELD.08.04-IZ.00-0084/25;
m. **Pracodawca** - jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudniają one pracowników, których siedziba (filia/oddział) znajduje się na terenie województwa łódzkiego
n. **ścieżce A / ścieżce B** – należy przez to rozumieć indywidualne warianty pakietu badań i interwencji, tj. ścieżkę A obejmującą analizę składu ciała (BIA), USG Doppler tętnic domózgowych oraz FibroScan albo ścieżkę B obejmującą analizę składu ciała (BIA), USG Doppler tętnic domózgowych oraz ABI; o przypisaniu do ścieżki decydują wskazania medyczne ustalone podczas kwalifikacji wstępnej;
o. **UP** – należy przez to rozumieć uczestniczkę lub uczestnika Projektu, tj. osobę zakwalifikowaną do udziału w Projekcie, która podpisała deklarację uczestnictwa i przystąpiła do pierwszej formy wsparcia;
p. **USG Doppler** – należy przez to rozumieć badanie ultrasonograficzne tętnic domózgowych z oceną przepływów – screening miażdżycowy;
q. **wsparciu** – należy przez to rozumieć ogół świadczeń zdrowotnych, działań edukacyjnych i e-coachingu realizowanych na rzecz UP w ramach Projektu.

5. Celem głównym Projektu jest podniesienie dostępności profilaktyki zdrowotnej dla pracownic i pracowników umysłowych z województwa łódzkiego oraz zmniejszenie negatywnych następstw pracy siedzącej i ekranowej poprzez wdrożenie kompleksowych, zgodnych z ustawą o służbie medycyny pracy programów profilaktycznych, rozszerzonych o edukację prozdrowotną związaną ze środowiskiem pracy i procesem starzenia się.
6. Trzonem interwencji są indywidualnie dobrane badania profilaktyczne wykonywane przy użyciu USG Doppler, ABI, FibroScan oraz analizy składu ciała BIA, ukierunkowane na wczesne wykrywanie miażdżycy, przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych oraz stłuszczenia i włóknienia wątroby, uzupełnione o konsultacje fizjoterapeutyczne oraz krótkie zabiegi fizykalne ukierunkowane na dolegliwości bólowe kręgosłupa.
7. Każda osoba uczestnicząca w Projekcie przechodzi kwalifikację wstępną, dobór indywidualnych badań oraz konsultację końcową z przekazaniem spersonalizowanych zaleceń, w tym zasad ergonomii pracy ekranowej.
8. Projekt nie finansuje obowiązkowych badań pracowniczych – wstępnych, okresowych ani kontrolnych, o których mowa w Kodeksie pracy.
9. Udział w Projekcie jest bezpłatny.

§ 2

GRUPA DOCELOWA I ZASADY REKRUTACJI

1. Projekt obejmie wsparciem łącznie 1 250 osób, w tym 875 kobiet (70 %) i 375 mężczyzn (30 %).
2. Grupę docelową stanowią osoby spełniające następujące warunki:
   a) pracują u pracodawców, którzy posiadają siedzibę, filię lub oddział na terenie województwa łódzkiego;
   b) oraz pracują w charakterze pracownika umysłowego, wykonują pracę o charakterze siedzącym i ekranowym (typ pracy biurowej);
   c) pracują na terenie województwa łódzkiego (niezależnie od formy zatrudnienia) lub wykonują taką pracę poza terenem województwa łódzkiego o ile zamieszkują lub uczą się na terenie województwa łódzkiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego i spełniają warunki z § 2 pkt. 2 litera a i b.
3. Udział osób uczących się, ale pozostających bez zatrudnienia, nie jest możliwy.
4. Nabór ma charakter ciągły. Przyjmowanie do wsparcia odbywa się w turach – jedna tura na kwartał, licząca około 156 osób do momentu osiągnięcia zakładanej liczby osób.
5. Rekrutacja prowadzona jest w siedzibie Beneficjenta oraz za pośrednictwem dedykowanej skrzynki mailowej lub poczty tradycyjnej.
6. Rekrutacja prowadzona jest w sposób bezstronny, jawny i niedyskryminujący, z poszanowaniem zasady równości kobiet i mężczyzn, zasady równości szans i niedyskryminacji oraz dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.
7. O zakwalifikowaniu/braku zakwalifikowania się do lekarskiej kwalifikacji wstępnej kandydat/kandydatka informowany/na jest niezwłocznie po dostarczeniu i prawidłowo wypełnionych dokumentów. W przypadku zakwalifikowania się kandydat/kandydatka zostanie poinformowany/na o terminie wizyty.

8. Świadczenia zdrowotne w Projekcie udzielane są w siedzibie Beneficjenta, przy czym dostęp do nich zapewniony jest co najmniej przez 2 dni w tygodniu w godzinach 16:00–20:00 oraz co najmniej przez jedną sobotę w miesiącu w godzinach 9:00–14:00.

Kryteria udziału w projekcie:

1. wiek aktywności zawodowej (wiek produkcyjny) oraz posiadanie statusu pracownika wykonującego pracę na terenie województwa łódzkiego – potwierdzony zaświadczeniem od pracodawcy wystawionym nie wcześniej niż 30 dni przed przystąpieniem do pierwszej formy wsparcia, wydrukiem z CEiDG, KRS. Zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu powinno zawierać informację o miejscu wykonywania pracy oraz o charakterze pracy (praca biurowa / siedząca), albo inny równoważny dokument;

2. zamieszkanie lub nauka na terenie województwa łódzkiego – warunek wymagany wyłącznie wtedy, gdy kandydat nie wykonuje pracy na terenie województwa łódzkiego albo gdy nie wynika to z przedłożonych dokumentów; wymagane jest wówczas potwierdzenie miejsca zamieszkania (np. pierwsza strona deklaracji PIT z potwierdzeniem złożenia albo zaświadczenie z urzędu,) lub miejsca nauki (zaświadczenie albo legitymacja);

3. wykonywanie pracy o charakterze siedzącym (biurowym) – potwierdzone zaświadczeniem lub innym dokumentem od pracodawcy albo oświadczeniem kandydata.

4. występowanie co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka, potwierdzonych w wywiadzie medycznym:

1) ból lub sztywność odcinka szyjnego bądź lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa;

2) wady postawy;

3) nadwaga (BMI ≥ 25);

4) czynniki sercowo-metaboliczne (np. nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, zaburzenia gospodarki węglowodanowej).

Kryteria wyłączenia:

1. Kryteria medyczne – weryfikowane w wywiadzie medycznym przez lekarza dokonującego kwalifikacji:

   1) ostre stany zapalne układu kostno-stawowego wymagające hospitalizacji lub operacji w trybie pilnym;

   2) aktywna choroba nowotworowa;

   3) ciężkie deficyty neurologiczne uniemożliwiające bezpieczne prowadzenie fizjoterapii.

2. Kryterium formalne – udział w innym projekcie o identycznym zakresie wsparcia, finansowanym ze środków EFS+ w tym samym czasie; weryfikowane na podstawie oświadczenia składanego pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

3. Kryterium prawne – brak zgody na przetwarzanie danych również szczególnych kategorii (danych dotyczących zdrowia), niezbędnych do realizacji programu profilaktycznego.

4. Stwierdzenie okoliczności, o których mowa w ust. 1 powyżej (kryteria medyczne) w trakcie udziału w Projekcie skutkuje wstrzymaniem dalszej realizacji świadczeń oraz poinformowaniem UP do dalszego leczenia specjalistycznego poza Projektem. Fakt ten odnotowuje się w dokumentacji medycznej oraz w karcie realizacji świadczeń.

§ 3
PROCEDURA ODWOŁAWCZA

1. Od negatywnej oceny zgłoszenia kandydatce lub kandydatowi przysługuje odwołanie.
2. Odwołanie wnosi się w formie pisemnej, wraz z uzasadnieniem, do Prezesa Zarządu Beneficjenta na adres siedziby Beneficjenta, w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia doręczenia informacji o wyniku oceny, a gdy informacja została przekazana ustnie – od dnia jej przekazania.
3. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni kalendarzowych od dnia jego wpływu. Rozstrzygnięcie jest ostateczne w ramach procedury wewnętrznej Beneficjenta.
4. Odwołanie może zostać cofnięte przed wydaniem rozstrzygnięcia.
5. Wniesienie odwołania nie wstrzymuje realizacji wsparcia wobec pozostałych osób zakwalifikowanych.

§ 4
PRAWA UCZESTNIKA PROJEKTU

UP ma prawo do:

1. bezpłatnego udziału we wszystkich formach wsparcia przewidzianych w Projekcie, zgodnie z ustalonym indywidualnym planem profilaktycznym;
2. uzyskania pełnej informacji o celu, przebiegu, zakresie i oczekiwanych efektach każdego badania w sposób umożliwiający zrozumienie tych informacji;
3. poszanowania godności i intymności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych;
4. otrzymania wyników wykonanych badań wraz z ich omówieniem po dostarczeniu dokumentów potwierdzających zatrudnienie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie;
5. korzystania z aplikacji „Doctor Robert” oraz z wygenerowanego w niej pięcioletniego harmonogramu badań i kontroli;
6. dostępu do dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
7. rezygnacji z udziału w Projekcie na zasadach określonych w § 6;
8. realizacji uprawnień wynikających z RODO;
9. korzystania ze wsparcia w warunkach dostosowanych do szczególnych potrzeb, w tym z wydłużonego czasu obsługi, jeżeli wynika to ze zgłoszonych potrzeb.

§ 5
OBOWIĄZKI UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Po pozytywnym zakończeniu procesu rekrutacji UP jest obowiązany do podpisania deklaracji uczestnictwa w Projekcie
2. UP jest obowiązany do złożenia oświadczeń, o których mowa w § 8 Regulaminu,
3. UP jest obowiązany do:
   1) terminowego stawiania się na umówione wizyty i badania;
   2) współpracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz stosowania się do zaleceń personelu medycznego uczestniczącego w Projekcie;
   3) potwierdzania obecności każdorazowo na liście obecności lub innym dokumencie potwierdzającym realizację świadczeń;
   4) potwierdzania odbioru materiałów edukacyjnych i informacyjnych na listach odbioru;
   5) rzetelnego wypełniania ankiet, checklist i innych dokumentów monitoringowych oraz ewaluacyjnych dostarczonych przez Beneficjenta;
   6) podpisywania dokumentów sprawozdawczych Projektu;
   7) bieżącego informowania Beneficjenta o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić lub uniemożliwić dalszy udział w Projekcie, w tym o zmianie danych kontaktowych oraz o zmianie statusu na rynku pracy.
4. UP jest obowiązany do przekazania Beneficjentowi – w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w Projekcie – danych dotyczących swojego statusu na rynku pracy. Dokumentami potwierdzającymi są w szczególności: umowa o pracę, wpis do CEIDG lub KRS albo zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające kontynuację zatrudnienia.
5. Odwołanie umówionej wizyty powinno nastąpić najpóźniej na 24 godziny przed wyznaczonym terminem, telefonicznie, pocztą elektroniczną.

§ 6
REZYGNACJA I ZAKOŃCZENIE UDZIAŁU W PROJEKCIE

1. UP przysługuje w każdym czasie prawo do rezygnacji z udziału w Projekcie, bez ponoszenia konsekwencji finansowych, po przedstawieniu pisemnego uzasadnienia.
2. Pisemne oświadczenie o rezygnacji wraz z uzasadnieniem należy złożyć w Biurze Projektu lub przesłać listownie na adres siedziby Beneficjenta z dopiskiem „Profilaktyka dla pracownika” lub na adres mailowy: projektpracownik@swietarodzina.com.pl
3. Beneficjent może skreślić UP z listy uczestników Projektu w przypadku:
   1) rażącego naruszenia postanowień Regulaminu;
   2) dwukrotnego nieusprawiedliwionego niestawienia się na umówione świadczenie;
   3) podania nieprawdziwych danych w dokumentach rekrutacyjnych;
   4) zachowania uniemożliwiającego bezpieczne udzielanie świadczeń innym uczestnikom lub personelowi.

4. O skreśleniu UP zostanie poinformowany pisemnie, wraz z uzasadnieniem. Od decyzji o skreśleniu przysługuje odwołanie.Do odwołania od decyzji o skreśleniu stosuje się § 3 odpowiednio."

5. W razie rezygnacji, skreślenia albo zgonu UP na jego miejsce kwalifikowana jest kolejna osoba z listy rezerwowej,

§ 7
ZMIANY REGULAMINU

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo do zmiany lub uzupełnienia Regulaminu w trakcie realizacji Projektu.
2. Zmiany Regulaminu wprowadzane są w formie aneksu.
3. Zmiana Regulaminu Beneficjent zostanie opublikowana na stronie internetowej https://swietarodzina.com.pl/

§ 8
WEJŚCIE W ŻYCIE I WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 września 2026 r.
2. Integralną część Regulaminu stanowią następujące załączniki:

załącznik nr 1: Formularz rekrutacyjny UP;

załącznik nr 2: Oświadczenie o niekorzystaniu z tego samego zakresu wsparcia w innym projekcie EFS+;

załącznik nr 3: Oświadczenie Uczestnika Projektu o przetwarzaniu danych osobowych wraz z klauzulą informacyjną RODO;

załącznik nr 4: Zgoda na przetwarzanie danych osobowych szczególnych kategorii (danych dotyczących zdrowia);

.....	.....
miejscowość i data	*podpis*

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU

„Profilaktyka dla pracownika”

nr FELD.08.04-IZ.00-0084/25
realizowanego przez
„Centrum Medyczne – Szpital Świętej Rodziny” Sp. z o.o.
w ramach programu regionalnego
Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

Wypełnia kandydatka / kandydat. Formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

I. DANE IDENTYFIKACYJNE

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia	

II. DANE KONTAKTOWE I ADRESOWE

Adres zamieszkania (ulica, nr, kod, miejscowość, gmina, powiat, województwo)	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Preferowana forma kontaktu	☐ e-mail ☐ telefon ☐ kontakt osobisty ☐ SMS

III. STATUS NA RYNKU PRACY

Nazwa i adres pracodawcy	Siedziba główna: ☐ województwo łódzkie ☐ poza województwem łódzkim Filia/oddział ☐ województwo łódzkie ☐ poza województwem łódzkim Podaj miejscowość, powiat, województwo ……..
Miejsce wykonywania pracy	☐ województwo łódzkie ☐ poza województwem łódzkim Podaj miejscowość, powiat, województwo ……..
Miejsce zamieszkania	☐ województwo łódzkie ☐ poza województwem łódzkim Podaj miejscowość, powiat, województwo ……..
Miejsce nauki (jeśli dotyczy)	☐ województwo łódzkie ☐ poza województwem łódzkim Podaj miejscowość, powiat, województwo ……..
Forma zatrudnienia	☐ umowa o pracę ☐ umowa cywilnoprawna ☐ samozatrudnienie ☐ inna
Praca umysłowa o charakterze siedzącym przed ekranem monitora	☐ tak ☐ nie
Zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu	☐ tak, załączam do formularza rekrutacyjnego ☐ nie, załączę w późniejszym terminie

IV. KRYTERIA MEDYCZNE – WYSTĘPUJĄCE CZYNNIKI RYZYKA

Proszę zaznaczyć wszystkie, które występują (wymagane jest co najmniej jedno):

☐ Ból lub sztywność odcinka szyjnego kręgosłupa

☐ Ból lub sztywność odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa

☐ inne dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego ……
……
……

☐ Nadwaga/ otyłość (BMI ≥ 25)

☐ podwyższone ciśnienie tętnicze

☐ Zaburzenia lipidowe (nieprawidłowy cholesterol)

☐ Zaburzenia gospodarki węglowodanowej / cukrzyca

☐ Palenie tytoniu

☐ Inne (jakie?) .....

V. KRYTERIA WYŁĄCZENIA

Proszę zaznaczyć, jeżeli występuje którakolwiek z poniższych okoliczności:

☐ Ostry stan zapalny układu kostno-stawowego wymagający hospitalizacji lub pilnej operacji

☐ Aktywna choroba nowotworowa

☐ Ciężkie deficyty neurologiczne uniemożliwiające bezpieczną fizjoterapię

☐ Udział w innym projekcie o identycznym zakresie wsparcia finansowanym ze środków EFS+ w tym samym czasie

VI. SZCZEGÓLNE POTRZEBY

Chcemy, aby udział w Projekcie był dla Państwa komfortowy. Jeżeli potrzebują Państwo jakiegokolwiek udogodnienia, prosimy o wskazanie go poniżej – zorganizujemy je.

☐ Nie zgłaszam szczególnych potrzeb

☐ Potrzebuję wydłużonego czasu obsługi

☐ Potrzebuję pomocy przy wypełnieniu lub odczytaniu dokumentów

☐ Potrzebuję informacji o dostępności parkingu / komunikacji miejskiej

☐ Potrzebuję materiałów w powiększonym druku lub o zwiększonym kontraście

☐ Inne (jakie?) .....

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: ☐ tak ☐ nie ☐ odmawiam podania informacji

VII. ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE

☐ strona internetowa ☐ media społecznościowe ☐ pracodawca ☐ tablica informacyjna/plakat / ulotka ☐ znajomi ☐ inne

Oświadczam, że dane podane w formularzu są zgodne z prawdą. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z zapisami Regulaminu projektu

.....

miejscowość i data

.....

czytelny podpis kandydatki / kandydata

WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU

Data i godzina wpływu	
Numer zgłoszenia	
Ocena formalna	☐ pozytywna ☐ negatywna ☐ wezwanie do uzupełnienia
Kwalifikacja	☐ lista podstawowa ☐ lista rezerwowa ☐ odmowa
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	
Poinformowana/ny o wyniku weryfikacji	Data: Sposób poinformowania: ☐ sms ☐ telefon ☐ e-mail ☐ osobiście
Uwagi	

Załącznik nr 2 do Regulaminu Projektu
Projekt „Profilaktyka dla pracownika", nr FELD.08.04-IZ.00-0084/25

OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU Z TEGO SAMEGO ZAKRESU WSPARCIA
w innym projekcie współfinansowanym ze środków EFS+

Ja, niżej podpisana / podpisany .....

PESEL .....

oświadczam, że w okresie ubiegania się o udział w Projekcie oraz w trakcie jego trwania nie korzystam i nie będę korzystać z tego samego zakresu wsparcia w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Udział w innym projekcie o identycznym zakresie wsparcia, finansowanym ze środków EFS+ w tym samym czasie, stanowi kryterium wyłączenia z udziału w Projekcie.
2. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta, jeżeli w trakcie mojego udziału w Projekcie przystąpię do innego projektu o tożsamym zakresie wsparcia.

Oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 § 1 w związku z § 6 Kodeksu karnego.

.....	.....
miejscowość i data	*czytelny podpis*

Załącznik nr 3 do Regulaminu Projektu
Projekt „Profilaktyka dla pracownika", nr FELD.08.04-IZ.00-0084/25

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
wraz z klauzulą informacyjną RODO

W związku z przystąpieniem do Projektu „Profilaktyka dla pracownika" nr FELD.08.04-IZ.00-0084/25 przyjmuję do wiadomości, co następuje (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – RODO):

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
   1) Zarząd Województwa Łódzkiego – dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027;
   2) minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego – dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych;
   3) „Centrum Medyczne – Szpital Świętej Rodziny" Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. inż. pilota Wigury 19 – w zakresie danych przetwarzanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i realizacją Projektu.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Beneficjenta: iodo@swietarodzina.com.pl.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027.
4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g, h oraz i RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027 na podstawie:
   1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. (rozporządzenie ogólne);
   2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego Europejski Fundusz Społeczny Plus;
   3) ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027.
5. Odbiorcami moich danych są: minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, Instytucja Zarządzająca – Zarząd Województwa Łódzkiego, Beneficjent realizujący Projekt oraz podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu.

6. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne oraz podmiotom realizującym kontrole i audyt na zlecenie administratora, Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta.
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
8. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji; dokumentacja medyczna – przez okres wynikający z przepisów o prawach pacjenta.
9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo sprzeciwu zgodnie z art. 21 RODO.
10. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
12. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji ani profilowaniu.

.....	.....
miejscowość i data	*czytelny podpis Uczestniczki / Uczestnika Projektu*

Załącznik nr 4 do Regulaminu Projektu
Projekt „Profilaktyka dla pracownika", nr FELD.08.04-IZ.00-0084/25

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH SZCZEGÓLNYCH KATEGORII
(danych dotyczących zdrowia)

Ja, niżej podpisana / podpisany .....

PESEL .....

wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „Centrum Medyczne – Szpital Świętej Rodziny" Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi moich danych osobowych szczególnych kategorii, tj. danych dotyczących zdrowia, w zakresie niezbędnym do realizacji profilaktycznego programu prozdrowotnego wdrażanego w Projekcie.

Zgoda obejmuje w szczególności przetwarzanie danych:

1) uzyskanych w wywiadzie medycznym i ankiecie zdrowotnej, w tym w aplikacji „Doctor Robert";
2) uzyskanych w badaniu przedmiotowym i badaniu czynnościowym;
3) wyników badań: analizy składu ciała (BIA), USG Doppler tętnic domózgowych, FibroScan albo ABI;
4) dotyczących przebiegu i efektów wsparcia fizjoterapeutycznego oraz edukacyjnego;
5) zawartych w karcie podsumowania z indywidualnymi zaleceniami.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Podstawą przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. a, g, h oraz i RODO.
2. Zgoda jest dobrowolna, jednak jej brak uniemożliwia udział w Projekcie
3. Zgodę mogę wycofać w każdym czasie, w formie pisemnej, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w Projekcie.
4. Dane dotyczące zdrowia przetwarzane są wyłącznie przez osoby posiadające ważne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w Projekcie, zobowiązane do zachowania tajemnicy.

....
miejscowość i data *czytelny podpis Uczestniczki / Uczestnika Projektu*