



Załącznik nr 4b Wzór umowy

**Umowa o współpracy w ramach projektu nr POWR.05.01.00-00-0023/18-00 pt. „Przystanek MAMA”
dotyczącego realizacji Ogólnopolskiego Programu Polityki Zdrowotnej pn.
„Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”.**

Nr/.....

zawarta w w dniu r. pomiędzy:

Copernicus Podmiot Leczniczy Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Nowe Ogrody nr 1-6, 80-803 Gdańsk, NIP: 5833162278, REGON: 221964385, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000478705, zwaną dalej „Beneficjentem”, reprezentowanym przez:

Dariusza Jana Kostrzewę - Prezesa Zarządu,
zwanym w treści umowy „**Udzielającym zamówienia**”,

a

.....,
KRS, NIP, REGON,
reprezentowanym przez, zwanym w treści umowy „**Przyjmujący zamówienie**”,
łącznie zwanymi Stronami.

Mając na uwadze znaczenie profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji poporodowej, konieczność zwiększenia wykrywalności wczesnego rozpoznawania oznak depresji poporodowej, zwiększenia świadomości wśród personelu medycznego poz i szpitali dot. zdrowia psychicznego pacjentek po porodzie, strony zawierają umowę dotyczącą współpracy w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej:

§ 1

Cel umowy

Umowa zostaje zawarta w związku z realizacją przez **COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. (Partner Wiodący)** oraz **Fundacją Twórczych Kobiet i Uniwersytetem Gdańskim (Partnerzy projektu)** projektu partnerskiego pt. „**PRYZYSTANEK MAMA**” nr POWR.05.01.00-00-0023/18-00, złożonego w odpowiedzi na konkurs pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” (konkurs nr POWR.05.01.00-IP.05-00-006/18), ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (dalej: Projekt) współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego.



§ 2

Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest określenie zasad i warunków na jakich **Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie** będą współpracować w zakresie realizacji **Ogólnopolskiego Programu Polityki Zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”** w ramach Projektu.
2. Program stanowi załącznik nr 17 do regulaminu konkursu, o którym mowa w § 1 i jest dostępny na stronie Ministerstwa Zdrowia http://zdrowie.gov.pl/power/nabor-426-konkurs_profilaktyka_depresji.html oraz na stronie internetowej **Udzielającego zamówienia**.

§ 3

Oświadczenia Udzielającego zamówienia

1. Udzielający zamówienia oświadcza, że na podstawie umowy z dnia **24.04.2019 r. nr POWR.05.01.00-00-0023/18-00** realizuje Projekt w okresie **do 31 grudnia 2021 r.** na terenie trzech województw: pomorskiego, kujawsko – pomorskiego i warmińsko – mazurskiego. Termin realizacji projektu może ulec wydłużeniu za zgodą Instytucji Pośredniczącej Programem.
2. W ramach Projektu Udzielający zamówienia zawiera umowy o współpracy z 40 placówkami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i 7 Szpitalami z terenu trzech województw (pomorskiego, kujawsko – pomorskiego i warmińsko – mazurskiego).

§ 4

Oświadczenia Przyjmującego zamówienie

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest podmiotem leczniczym działającym na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity – Dz. U. z 2018, poz. 2190 z późn. zm.).
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zapoznał się z Ogólnopolskim Programem Polityki Zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” i zobowiązuje się do współpracy zgodnie z jego treścią z **Udzielającym zamówienia** w zakresie swojego udziału w Projekcie.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że dysponuje wystarczającymi zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem, umożliwiającymi należyłą realizację Projektu oraz współpracę z Udzielającym zamówienia w ramach Projektu.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zatrudnia położne, pielęgniarki i lekarzy, mających prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych
5. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż w ramach prowadzonej działalności leczniczej udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom kwalifikującym się do Programu tj. zajmują się opieką nad kobietami w okresie poporodowym i dziećmi w wieku do 1 – roku życia z obszaru trzech województw: pomorskiego, kujawsko – pomorskiego i warmińsko – mazurskiego.
6. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż spełnia wszystkie warunki udziału w Programie.



§ 5

Zobowiązania Udzielającego zamówienia wynikające z realizacji całości Projektu

1. Udzielający zamówienia oświadcza, że w ramach realizacji Projektu utworzona zostanie elektroniczna platforma, która będzie służyć m.in. wymianie informacji oraz wdrażaniu profilaktyki dotyczącej wczesnego wykrywania depresji poporodowej.
2. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do:
 - **prowadzenia działań edukacyjnych położnych, pielęgniarek i lekarzy POZ/Szpitali w zakresie wczesnej identyfikacji depresji poporodowej:** z każdej wybranej poradni POZ/Szpitali (Przyjmującymi zamówienie), które zajmują się opieką nad kobietami w okresie poporodowym i dziećmi, pracownicy medyczni zostaną skierowane na szkolenia z zakresu wczesnej identyfikacji depresji poporodowej oraz stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (zw. dalej ESDP). Szkolenia będą prowadzone przez lekarzy specjalistów psychiatrów i psychologów. W szkoleniach będą brali udział również lekarze, którzy będą chcieli uzupełnić wiedzę w tym zakresie. Szkolenie zakończy się otrzymaniem stosownego certyfikatu. Położne pracujące w programie będą miały również możliwość skorzystania z superwizji i konsultacji psychologicznych poprzez grupy wsparcia prowadzone przez psychologów.
 - **prowadzenia akcji edukacyjno – informacyjnych:** uruchomiona zostanie strona projektu zawierająca m.in. podstawowe informacje o depresji poporodowej (objawy, sposoby leczenia), informacje dla bliskich kobiet w zakresie rozpoznania objawów depresji poporodowej, porady jak zachęcić do konsultacji ze specjalistą, informacje, gdzie można otrzymać pomoc psychologiczną, psychiatryczną, Na stronie będzie również forum nadzorowane przez psychologa, gdzie kobiety będą mogły zadawać pytania, wymienić się spostrzeżeniami, wątpliwościami, porozmawiać z innymi kobietami; psycholog będzie odpowiedzialny za odpowiedzi na ewentualne pytania pojawiające się do specjalisty. Na stronie będzie można wypełnić kwestionariusz ESDP i otrzymać informację zwrotną o uzyskanych wynikach. Ponadto zostaną opracowane materiały informacyjno – edukacyjne, które będą przekazywane kobietom w ciąży korzystającym z wizyty czy to u lekarza ginekologa czy u położnej, oraz kobietom w okresie poporodowym w trakcie wizyt patronażowych położnych i pielęgniarek.
 - **promocja Programu.**
3. Udzielający zamówienia w trakcie spotkań edukacyjnych ww. zapewni serwis kawowy i zwrot kosztów dojazdu personelu medycznego.
4. Szkolenia odbędą się w miejscach uprzednio wskazanych przez Udzielającego zamówienia, adekwatnych do lokalizacji danej placówki medycznej POZ/Szpitala (np. stolice województw objętych Projektem, o ile zbierze się wymagana liczba chętnych do utworzenia grupy).
5. Materiały edukacyjne dla personelu medycznego wymienionego w będą dostępne w formie papierowej i/lub elektronicznej.



6. Udzielający zamówienia zorganizuje również akcje edukacyjne dla pacjentów, podnoszące świadomość wśród kobiet w okresie poporodowym oraz w ich środowisku, mające na celu wzrost zgłoszeń na badania profilaktyczne w zakresie wczesnego wykrycia depresji poporodowej.
7. Udział w Projekcie jest bezpłatny.

§ 6

Zobowiązania Przyjmującego zamówienie

1. Zobowiązania Przyjmującego zamówienie wynikają z realizacji Ogólnopolskiego Programu Polityki Zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:
 - 1) Oddelegowania położnych, pielęgniarek oraz lekarzy, którzy zajmują się opieką nad kobietami w okresie poporodowym i dziećmi w wieku do 1- roku życia, **na szkolenie** (6 godzinne) z zakresu wczesnej identyfikacji depresji poporodowej, przeprowadzone przez lekarzy specjalistów psychiatrów i psychologów, zorganizowane przez Udzielającego zamówienia, w terminach i miejscach wskazanych przez Udzielającego zamówienia. Warunkiem koniecznym do wzięcia udziału w szkoleniu przez pracowników Przyjmującego zamówienie jest złożenie wymaganej dokumentacji niezbędnej do realizacji Projektu, tj.:
 - Formularz danych osobowych uczestnika projektu - Załącznik nr 1,
 - Oświadczenie uczestnika projektu - Załącznik nr 2,
 - Deklaracja uczestnictwa w projekcie personelu medycznego - Załącznik nr 3,
 - Oświadczenie o wykorzystaniu wizerunku - Załącznik nr 4.
 - 2) W ramach realizacji wsparcia szkoleniowego personel Przyjmującego zamówienie zobowiązany będzie do:
 - a) aktywnego uczestnictwa w zajęciach i innych formach wsparcia zgodnie z programem;
 - b) współpracy w zakresie realizacji Ogólnopolskiego Programu Polityki Zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”,
 - c) wypełnienia ankiet ewaluacyjnych, dostarczonych przez Realizatora Projektu, niezbędnych do prawidłowej realizacji procesu ewaluacji Projektu,
 - d) wypełniania swoich obowiązków wynikających z uczestnictwa w Projekcie, w tym w zakresie przetwarzania danych osobowych,
 - e) wypełnienia i podpisania oświadczeń i dokumentów wymaganych przez Udzielającego zamówienia i IP
 - f) przestrzegania niniejszej umowy i uczestnictwa w Projekcie;
 - g) w przypadku rezygnacji z udziału w Projekcie Uczestnik zobowiązany jest do złożenia w Biurze Projektu pisemnego oświadczenia o rezygnacji ze szczegółowym wskazaniem przyczyny rezygnacji.

§ 7



Czas obowiązywania umowy

Niniejsza umowa wiąże strony przez cały okres realizacji Projektu, tj. do **31 grudnia 2021 r.** Termin realizacji projektu może ulec wydłużeniu za zgodą Instytucji Pośredniczącej Programem.

§ 8

Przetwarzanie danych osobowych

1. Udzielający zamówienia oświadcza, że jest podmiotem przetwarzającym w procesie przetwarzania danych osobowych w ramach realizacji projektu „Przystanek MAMA” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Administratorem danych osobowych jest Skarb Państwa - Minister Właściwy do Spraw Rozwoju Regionalnego.
3. Udzielający zamówienia podpowierza przetwarzanie danych osobowych Przyjmującego zamówienie zgodnie z załącznikiem nr 5 do nin. Umowy.

§ 9

Rozwiązanie umowy

1. Udzielający zamówienia jest uprawniony do rozwiązania niniejszej umowy z upływem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia w każdym czasie bez możliwości dochodzenia przez Przyjmującego zamówienie odszkodowania z tego tytułu.
2. Udzielający zamówienia jest uprawniony do rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie postanowień niniejszej Umowy lub postanowień Projektu lub Programu min. w przypadku fałszowania dokumentacji.
3. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę lub jej części w przypadku zaprzestania realizacji Projektu, w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia będącego podstawą rozwiązania tj. od wysłania informacji do Instytucji Pośredniczącej o zaprzestaniu realizacji projektu wskazanego w § 1.

§ 10

Postanowienia końcowe

1. Wszelkie zmiany postanowień umowy mogą nastąpić za zgodą obu Stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności takiej zmiany.
2. Umowa może zostać zmieniona:
 - a) w przypadku zmiany wniosku o dofinansowanie,
 - b) w przypadku zmiany umowy o dofinansowanie,
 - c) w przypadku, gdy zmiana umowy jest konieczna dla prawidłowej realizacji projektu.
- 3) Zmiana umowy nie może dotyczyć warunków podlegających ocenie w ramach konkursu.
- 4) W celu wyeliminowania wszelkich wątpliwości Strony potwierdzają, iż wzajemne zobowiązania stron wynikających z niniejszej umowy mają charakter nieodpłatny tj. Udzielający zamówienia i Przyjmujący

zamówienie nie pobierają wzajemnie oraz od uczestników szkolenia jakichkolwiek opłat z tytułu realizacji niniejszej umowy.

5) Spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

6) Niniejsza umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Przyjmującego zamówienie i dwa Udzielającego zamówienia.

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

Załączniki:

Załącznik nr 1 Formularz danych osobowych uczestnika projektu.

Załącznik nr 2 Oświadczenie uczestnika projektu.

Załącznik nr 3 Deklaracja uczestnictwa w projekcie personelu medycznego.

Załącznik nr 4 Oświadczenie o wykorzystaniu wizerunku.

Załącznik nr 5 Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych.



Załącznik nr 1 Formularz danych osobowych uczestnika projektu

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

	NAZWA	DANE UCZESTNIKA PROJEKTU									
Dane Uczestnika	IMIĘ										
	NAZWISKO										
	PESEL										
	WYKSZTAŁECENIE	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne								
		<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Policealne								
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne		<input type="checkbox"/> Wyższe									
Dane kontaktowe Uczestnika	Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu)										
	Kod pocztowy/ Miejscowość										
	Powiat/ Gmina										
	Telefon kontaktowy										
	Adres e-mail										
Status uczestnika w dniu przystąpienia do projektu	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (należy zaznaczyć znakiem „x” w wybranym polu):	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy									
		Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy									
		Osoba bierna zawodowo									
		Osoba pracująca									
	W tym (dotyczy tylko osób pracujących/ należy zaznaczyć znakiem „x” w wybranym polu):	Osoba pracująca w administracji rządowej									
		Osoba pracująca w administracji samorządowej									
		Inne									
		Osoba pracująca w MMSP									
		Osoba pracująca w organizacji pozarządowej									
	Wykonywany zawód (dotyczy tylko osób pracujących):	Osoba prowadząca działalność na własny rachunek									
Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie											
Zatrudniony w (dotyczy tylko osób pracujących/ należy podać nazwę zakładu pracy):											
Czy należy Pan/-i do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa udzielenia informacji							

Projekt nr POWR.05.01.00-00-0023/18-00 pt. „Przystanek MAMA” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020



	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Osoba z niepełnosprawnościami*	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa udzielenia informacji
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa udzielenia informacji

*Jeśli TAK, proszę opisać, czy ma Pan/Pani specjalne wymagania związane z niepełnosprawnością (np. podjazd dla wózka inwalidzkiego itp.):

.....



Załącznik nr 2 Oświadczenie uczestnika projektu

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. „Przystanek MAMA” 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 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 pn. „Przystanek MAMA”, 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 – Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 125, 00-952 Warszawa (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt – **COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o. o., ul. Nowe Ogrody nr 1-6, 80- 803 Gdańsk** (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – **podmioty lecznicze POZ/Szpitala (nazwa i adres ww. podmiotów znajduje się na stronie internetowej –**). 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 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 (gdy ma to 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

.....
UCZESTNIKA PROJEKTU

Załącznik nr 3 Deklaracja uczestnictwa w projekcie personelu medycznego

.....
Pieczęć ośrodka

.....
Data

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/a Deklaruję uczestnictwo w Projekcie „Przystanek MAMA” nr POWR.05.01.00-00-0023/18-00 realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Priorytet V. Wsparcie dla obszaru Zdrowia Działanie: 5.1. Programy profilaktyczne.

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.

Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS

.....
UCZESTNIKA PROJEKTU

Załącznik nr 4 Oświadczenie o wykorzystaniu wizerunku

OŚWIADCZENIE O WYKORZYSTANIU WIZERUNKU

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na nieodpłatne, nieograniczone czasowo i ilościowo wykorzystanie mojego wizerunku poprzez wykonanie zdjęcia/zdjęć oraz materiałów audiowizualnych podczas działań prowadzonych w ramach projektu pt. „Przystanek MAMA” nr POWR.05.01.00-00-0023/18-00 podczas szkolenia z zakresu wczesnej identyfikacji depresji poporodowej oraz umieszczanie ich w materiałach informacyjnych i promocyjnych, które będą rozpowszechniane drogą elektroniczną oraz w formie drukowanej.

Zdjęcia oraz materiały audiowizualne zostaną wykorzystane wyłącznie do promocji i komunikacji projektu, którego jestem uczestnikiem.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS

.....
*UCZESTNIKA PROJEKTU**