

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMIĘ I NAZWISKO

TELEFON KONTAKTOWY

PESEL

## DEKLARACJA UDZIAŁU

### W PROJEKCIE PN. „PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA JELITA GRUBEGO”

Niniejsza deklaracja uczestnictwa dotyczy możliwości uczestnictwa w projekcie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy, Działania 8.3 Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy, Poddziałania 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL 2014-2020).

Projekt realizowany jest przez **Miasto Katowice** w partnerstwie z **Ośrodkiem Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka TOMMED – Bula Tomasz**.

Oświadczam, iż jestem osobą<sup>1</sup>:

- w wieku 50–65 lat;
- w wieku 40-49 lat, która ma krewnego pierwszego stopnia u którego rozpoznano raka jelita grubego;
- w wieku 25-49 lat, z rodziny, w której wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowością (HNPCC), jednocześnie oświadczam, iż na spotkanie kwalifikujące do udziału w programie przyniosę potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny HNPCC z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego.

Oświadczam, iż nie występują u mnie następujące objawy<sup>1</sup>:

- obecność krwi w stolcu
- bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach
- chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana

<sup>1</sup> Proszę o zaznaczenie właściwego pola poprzez wpisanie X



Oświadczam, iż w ciągu ostatnich 10 lat nie miał(em)/am wykonanego pełnego badania kolonoskopowego.

Oświadczam, iż jestem mieszkańcem Katowic, zamieszkałym przy ul. ....

Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem Rekrutacji do projektu pn. „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego” i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA JELITA GRUBEGO” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL 2014-2020), mający siedzibę przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice.
2. Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WSL 2014-2020.
3. Podanie danych przez uczestnika projektu jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w projekcie. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
4. Dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020. W odniesieniu do zbioru „Dane uczestników projektów RPO WSL na lata 2014 – 2020” podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 oraz art. 27 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) w powiązaniu z aktami prawnymi w tym:
  - a) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
  - b) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
  - c) Ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U z 2014 r. poz. 1146 z późn. zm.);



5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - **Miasto Katowice, ul. Młyńska 4, 40-098 Katowice** oraz Partnerowi **Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka TOMMED – Bula Tomasz, ul. Żelazna 1; 40-952 Katowice**
6. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone do przetwarzania podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
8. Moje dane osobowe będą przetwarzane w szczególności z wykorzystaniem systemów informatycznych PEFS oraz SI-PBP i w ramach tego przetwarzania przekazywane wyłącznie do podmiotów upoważnionych do ich uzyskiwania na podstawie przepisów prawa.

Oryginał niniejszej Deklaracji powinien trafić do Biura Projektu znajdującego się w **Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka TOMMED – Bula Tomasz ul. Fredry 22, 40-662 Katowice, I piętro Wejście Żółte, pokój 142.**

**Biuro Projektu** czynne jest w godz. 08:00 - 15:30  
Tel. 32 60 721 59, 32 60 72 115, 32 350 11 00, 664 136 675  
e-mail: epeterko@tommed.pl

Po otrzymaniu niniejszej Deklaracji Biuro projektu skontaktuje się z Pan(em)/ią w kwestii ustalenia dogodnego terminu konsultacji lekarskiej - kwalifikującej do wykonania badania kolonoskopowego.

Potwierdzam prawdziwość przekazanych danych.

---

IMIĘ I NAZWISKO (czytelny podpis)

DATA WYPEŁNIENIE DEKLARACJI

---

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ DEKLARACJĘ

DATA WPŁYWU DEKLARACJI DO BIURA PROJEKTU

---

3 | Strona

