



Załącznik nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

„Zbadaj się, wygraj zdrowie! -

Program badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego.

RPZP.06.08.00-32-K003/20

Proszę wypełnić tylko puste pola formularza

I. DANE UCZESTNIKA/CZKI			
IMIĘ (IMIONA)			
NAZWISKO			
PESEL		brak PESEL - proszę wpisać datę urodzenia w formacie RRRR-MM-DD.	
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
PŁEĆ (zaznaczyć właściwe znakiem X)	KOBIETA	<input type="checkbox"/>	
	MĘŻCZYZNA	<input type="checkbox"/>	
NUMER TELEFONU (pole obowiązkowe)			
ADRES E-MAIL			
DANE ADRESOWE	KRAJ		
	WOJEWÓDZTWO		
	POWIAT		
	GMINA		
	MIEJSCOWOŚĆ		
	ULICA/OSIEDLE, NUMER DOMU, NUMER LOKALU		
	KOD POCZTOWY		
	ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny niż zamieszkania)		
ISCED 0	Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/>	



Wykształcenie (zaznaczyć właściwe znakiem X)	ISCED 1	Podstawowe	<input type="checkbox"/>
	ISCED 2	Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>
	ISCED 3	Ponadgimnazjalne Dotyczy: ukończonego liceum, liceum profilowanego, technikum, technikum uzupełniającego, zasadniczej szkoły zawodowej.	<input type="checkbox"/>
	ISCED 4	Policealne	<input type="checkbox"/>
	ISCED 5-8	Wyższe	<input type="checkbox"/>
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe znakiem X)	Osoba bierna zawodowo ¹	ucząca się	<input type="checkbox"/>
		nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu finansowanym ze środków publicznych w okresie ostatnich 4 tygodni	<input type="checkbox"/>
	Osoba bezrobotna ² zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy		<input type="checkbox"/>
		w tym długotrwale bezrobotna ³	<input type="checkbox"/>
	Osoba bezrobotna ² niezarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy		<input type="checkbox"/>
		w tym długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>
	Osoba pracująca ⁴	w administracji rządowej	<input type="checkbox"/>
		w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/>
		w mikro- /małym /średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>
		w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/>
		w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>
		osoba prowadząca działalność na własny rachunek ⁵	<input type="checkbox"/>
	inne	<input type="checkbox"/>	
Status osoby pracującej	Wykonywany zawód		
	Nazwa i adres zakładu pracy		

II. INFORMACJE O SYTUACJI SPOŁECZNEJ UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI (zaznaczyć właściwe znakiem X)	
Oświadczam, że jestem:	
osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia <small>Mniejszości narodowe to: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; Mniejszości etniczne to: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; migrant to osoba, która zmienia miejsce stałego pobytu, przesiadła się; Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.</small>	<input type="checkbox"/> tak
	<input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak
	<input type="checkbox"/> nie



	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
osobą z niepełnosprawnościami Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.).	<input type="checkbox"/> tak
	<input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej To osoba: pochodząca z terenów wiejskich; z wykształceniem niższym, niż podstawowe, która ukończyła wiek pozwalający na zdobycie wykształcenia na poziomie podstawowym; osoba bezdomna lub wykluczona z dostępu do mieszkań; będąca byłym więźniem lub narkomanem; zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (w przypadku, kiedy przyczyna zagrożenia nie została wymieniona w żadnym z wcześniejszych punktów).	<input type="checkbox"/> tak
	<input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

Ja niżej podpisany/na deklaruję udział w projekcie „Zbadaj się, wygraj zdrowie! Program badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego” nr RPZP.06.08.00-32-K003/20 oraz oświadczam, że:

1. Zostałem poinformowany o realizacji projektu przez Beneficjenta – LECH INVESTMENT SP. Z O.O. z siedzibą w Kołobrzegu 78-100, ul. Łopuskiego 52 (NIP: 6711771404, REGON: 320598550, KRS: 0000317402) oraz o tym, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie.
3. Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie projektu z dnia 01.08.2020 i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję warunki Regulaminu i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
4. Spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie, zgodnie z zapisami Regulaminu projektu.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
6. Zostałem/em poinformowany przez LECH INVESTMENT Sp. z o. o. o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
7. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
8. W związku z przystąpieniem do procesu rekrutacji w ramach projektu, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.
9. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania LECH INVESTMENT SP. Z O.O. o zmianach danych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym.
10. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
11. **Zobowiązuję się, że - w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie - niezwłocznie poinformuję o tym fakcie LECH INVESTMENT SP. Z O.O. oraz, że nie przerwę uczestnictwa w projekcie bez ważnych powodów.**
12. **W przypadku rezygnacji z udziału w projekcie, zobowiązuję się do zwrotu wszelkich kosztów poniesionych przez LECH INVESTMENT SP. Z O.O. związanych z moim uczestnictwem.**
13. Wyrażam zgodę na wypełnienie ankiet, kwestionariuszy wywiadu /testów oraz innych dokumentów sprawozdawczych w trakcie i po zakończeniu udziału w projekcie oraz na udział w badaniach ewaluacyjnych.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestniczki



WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU

Numer formularza rekrutacyjnego	Data wpływu formularza do biura projektu	Podpis personelu projektu
Spełnienie kryteriów kwalifikowalności	Suma punktów	Podpis oceniającego
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
KRYTERIA REKRUTACJI		
Kandydatka jest osobą:		
Zamieszkałą, uczącą się lub pracującą na terenie powiatów białogardzkiego, gryfickiego, m. Koszalin, kołobrzeskiego, koszalińskiego świdwińskiego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
w wieku 50-69 lat	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
nie miała wykonanej mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
nigdy wcześniej nie miała przeprowadzonej mammografii	<input type="checkbox"/> tak (5 pkt)	<input type="checkbox"/> nie (0 pkt)
mieszka na wsi lub miejscowości poniżej 20 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/> tak (3 pkt)	<input type="checkbox"/> nie (0 pkt)
mieszka na terenie powiatu z terenu tzw. "białych plam" (białogardzki, gryficki, m. Koszalin)	<input type="checkbox"/> tak (3 pkt)	<input type="checkbox"/> nie (0 pkt)
Suma punktów		
Imię i nazwisko osoby oceniającej		
Podpis osoby oceniającej		

¹ **Osoba bierna zawodowo** – to osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).

² **Osoba bezrobotna** – to osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi.

³ **Osoba długotrwale bezrobotna** - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy. Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.

⁴ **Osoba pracująca** - to osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracowała ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, gdzie pracodawca zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i okres ten obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem) są uznawane za „osoby pracujące”. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracą wnosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego.

⁵ **Osoba prowadząca działalność na własny rachunek** – osoba prowadząca działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - jest również uznawana za pracującą, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków: 1) osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków; 2) osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np. rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konferencjach lub seminariach); 3) osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności. Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”.



OŚWIADCZENIE UCZESTNICZKI 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. „Zbadaj się, wygraj zdrowie! Program badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego” nr RPZP.06.08.00-32-K003/20 przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - 1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
 - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
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 RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
 - 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 czynności przetwarzania na danych ze 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. projekcie „Zbadaj się, wygraj zdrowie! Program badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego” nr RPZP.06.08.00-32-K003/20, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia



projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno - promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt LECH INVESTMENT SP. Z O.O. z siedzibą w Kołobrzegu 78 -100, ul. Łopuskiego 52 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu -
(nazwa i adres ww. podmiotów). 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 badania, kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014 -2020. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
5. Dodatkowo, 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. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 (tj. do dnia 31 grudnia 2023 r.) oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
 - a) abi@wzp.pl - w odniesieniu do danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
 - b) iod@miir.gov.pl - w odniesieniu do danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
11. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
12. Podanie danych jest warunkiem ustawowym, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Załącznik nr 3

OŚWADCZENIA UCZESTNICZKI PROJEKTU

„Zbadaj się, wygraj zdrowie!

Program badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego” nr RPZP.06.08.00-32-K003/20

Ja niżej podpisana (<i>imię i nazwisko</i>)	
Zamieszkała* (<i>adres zamieszkania</i>)	
Posiadająca numer PESEL	

świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

1. Oświadczenie o badaniu mammograficznym

Ja, niżej podpisana oświadczam, że nigdy wcześniej nie miałam przeprowadzonego badania mammograficznego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Ja, niżej podpisana oświadczam, że nie miałam wykonanego badania mammograficznego w ciągu ostatnich dwóch lat	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Uczestniczki Projektu

2. Oświadczenie o zamieszkaniu na terenie tzw. “białych plam”

Ja, niżej podpisana oświadczam, że zamieszkuję na terenie powiatu:	<input type="checkbox"/> białogardzkiego <input type="checkbox"/> gryfickiego <input type="checkbox"/> miasta Koszalin <input type="checkbox"/> nie dotyczy
--	--

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Uczestniczki Projektu

3. Oświadczenie o miejscu zamieszkania

Ja, niżej podpisana oświadczam, że zamieszkuję na terenie wiejskim lub miejscowości poniżej 20 tysięcy mieszkańców.

nie dotyczy

.....
Miejscowość i data
Załącznik nr 4

.....
Podpis Uczestniczki Projektu

* W przypadku osób zamieszkałych po za obszarem realizacji projektu tj. powiaty białogardzkiego, gryfickiego, m. Koszalin, kołobrzesckiego, koszalińskiego, świdwińskiego, a pracujące lub uczące się na danym obszarze prosimy o wstawienie miejsca wykonywania pracy/nauki – zgodnie z zapisami Formularza zgłoszeniowego.



ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH PROGRAMEM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI

w ramach projektu pn. Zbadaj się, wygraj zdrowie! - program badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego nr. RPZP.06.08.00-32-K003/20.

Nr identyfikacyjny badania: Data badania:

Symbol badania: Numer rundy skryningowej:

Adres zamieszkania

1. PESEL: 5. Kod, Miasto:

2. Nazwisko: 6. Gmina/Dzielnica:

3. Imię: 7. Ulica:

4. Data urodzenia: 8. Nr telefonu:

9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail?

10. Nr telefonu komórkowego: 11. Adres e-mail:

12. Zajęcie: uczeń pracownik umysłowy pracownik fizyczny
 rolnik emeryt/rencista inny

13. Wykształcenie: niepełne podstawowe podstawowe zas. zawodowe
 średnie niepełne wyższe wyższe

14. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:

lekarz POZ	zaproszenie SMS
lekarz specjalista	imienne zaproszenie otrzymane pocztą
położna lub pielęgniarka środowiskowa	inne źródła, jakie?
prasa, radio, telewizja, Internet	

15. Pierwsza miesiączka (wiek): / nie pamiętam ostatnia miesiączka (wiek): / nie pamiętam

16. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu?

17. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?

nie dawniej obecnie powyżej 5 lat

18. Czy bada Pani sobie piersi sama? nie co miesiąc czasami

19. Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz? nie tak

20. Mutacja: nie tak

21. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi? nie tak

u matki nie tak (przed 50-tym rokiem życia) tak (po 50-tym roku życia)

u siostry nie tak (przed 50-tym rokiem życia) tak (po 50-tym roku życia)

u córki nie

u innych krewnych (podać pokrewieństwo):

22. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? nie tak

w której piersi: prawa lewa

jakie zmiany: ból guzek, zgrubienie wciągnięcie brodawki

wyciek z brodawki zmiany na skórze piersi

zabieg chirurgiczny w obrębie piersi

inne objawy (proszę podać jakie):

23. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? nie tak

jeśli tak - w którym roku było ostatnie badanie? / nie pamiętam

ile było wszystkich mammografii?

24. Uwagi:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami 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.Ur.z UE.L Nr 119, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz. 1000). (obowiązkowe)

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS ** zawiadomienia o kolejnej wizycie. (nieobowiązkowe)

.....
podpis pacjentki



DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Zbadaj się, wygraj zdrowie!

Program badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego” nr RPZP.06.08.00-32-K003/20

Ja niżej podpisana (<i>imię i nazwisko</i>)	
Zamieszkała* (<i>adres zamieszkania</i>)	
Posiadająca numer PESEL	

świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

Oświadczam, że:

1. wyrażam chęć wzięcia udziału w projekcie,
2. zapoznałam się i zobowiązuję się przestrzegać postanowień Regulaminu udziału w Projekcie,
3. zostałam poinformowana o źródle dofinansowania Projektu,
4. wyrażam zgodę na badania ankietowe i ewaluacyjne związane z realizacją projektu,
5. wyrażam zgodę na dokonanie wpisu na listę rezerwową w przypadku wyczerpania puli miejsc.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Uczestniczki Projektu

* W przypadku osób zamieszkałych po za obszarem realizacji projektu tj. powiaty białogardzkiego, gryfickiego, m. Koszalin, kołobrzesckiego, koszalińskiego świdwińskiego, a pracujące lub uczące się na danym obszarze prosimy o wstawienie miejsca wykonywania pracy/nauki – zgodnie z zapisami Formularza zgłoszeniowego.

OŚWIADCZENIE UCZESTNICZKI PROJEKTU O WZIĘCIU UDZIAŁU W BADANIU MAMMOGRAFICZNYM

Ja niżej podpisana <i>(imię i nazwisko)</i>	
Zamieszkała <i>(adres zamieszkania)</i>	
PESEL	

Oświadczam, że wzięłam udział w bezpłatnym badaniu mammograficznym obu piersi (każdej piersi w dwóch projekcjach) w dniu
w ramach projektu „Zbadaj się, wygraj zdrowie! Program badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego” nr RPZP.06.08.00-32-K003/20.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Uczestniczki

OŚWIADCZENIE O WYKONANIU BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej badanie	
Imię i nazwisko Uczestniczki Projektu	

Oświadczam, że w/w Uczestniczka Projektu „Zbadaj się, wygraj zdrowie! Program badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego” nr RPZP.06.08.00-32-K003/20, otrzymała wsparcie w postaci bezpłatnego badania mammograficznego obu piersi (każdej piersi w dwóch projekcjach) w dniu

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis osoby przeprowadzającej badanie



OŚWIADCZENIE O UDZIALE W SPOTKANIU INFORMACYJNO - EDUKACYJNYM

w ramach projektu „Zbadaj się, wygraj zdrowie!

Program badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego” nr RPZP.06.08.00-32-K003/20

Ja niżej podpisana (<i>imię i nazwisko</i>)	
Zamieszkała* (<i>adres zamieszkania</i>)	
Posiadająca numer PESEL	

Ja niżej podpisana oświadczam, że brałam udział w spotkaniu informacyjno- edukacyjnym z zakresu profilaktyki raka piersi w dniu.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Uczestniczki Projektu

* W przypadku osób zamieszkałych po za obszarem realizacji projektu tj. powiaty białogardzkiego, gryfickiego, m. Koszalin, kołobrzeskiego, koszalińskiego świdwińskiego, a pracujące lub uczące się na danym obszarze prosimy o wstawienie miejsca wykonywania pracy/nauki – zgodnie z zapisami Formularza zgłoszeniowego.