

REGULAMIN PROJEKTU

pt. „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej”
nr POWR.05.01.00-00-0003/18
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020,
Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia,
Działanie 5.1 Programy profilaktyczne

§1

Słownik pojęć

Projekt – Projekt „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej” (nr POWR.05.01.00-00-0003/18)

Instytucja Pośrednicząca – Ministerstwo Zdrowia.

Realizator Projektu – Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Białymstoku.

Kierownik Projektu – osoba zarządzająca Projektem ze strony Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Białymstoku.

Uczestnik Projektu – osoba zakwalifikowana do udziału w projekcie, spełniająca kryteria uczestnictwa w projekcie zapisane w §3 niniejszego Regulaminu.

Data rozpoczęcia udziału w projekcie – data wypełnienia dokumentacji zgłoszeniowej w miejscu realizacji projektu tj. u Realizatora Projektu, w Placówkach POZ lub innych podmiotach współpracujących.

Data rozpoczęcia udziału we wsparciu – data przystąpienia do pierwszej formy wsparcia, tj. data udzielenia konsultacji edukacyjnej podczas wizyty w jednostce POZ, eventu lub bezpośrednio u lekarza specjalisty.

Placówka POZ – placówka podstawowej opieki zdrowotnej, wybrana w wyniku otwartego ogłoszenia o naborze, z którą zawarto umowę o współpracy w zakresie realizacji Projektu

Lekarz POZ – lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, oddelegowany przez osobę zarządzającą placówką POZ do wykonywania działań związanych z realizacją Projektu.

Event – forma wsparcia, wydarzenie edukacyjne w miejscu publicznym, uzupełnione o komponent medyczny.

Okres realizacji Projektu – od 01.09.2019 r. do 31.08.2022 r.

Osoby aktywne zawodowo – wszystkie osoby powyżej 15 r.ż., które są osobami pracującymi bądź pozostają bez pracy (osoby bezrobotne zarejestrowane albo niezarejestrowane w urzędach pracy, emeryci, renciści, uczniowie itp.) ale aktywnie poszukują zatrudnienia i są gotowe do jego podjęcia.

§2

Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady, warunki i procedury realizacji Projektu pt. „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne
2. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Projekt realizowany jest w okresie 01.09.2019 r. do 31.08.2022 r.
4. Biuro Projektu mieści się w siedzibie Realizatora Projektu, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok.
5. Świadczenia będą realizowane w siedzibie Realizatora Projektu, w placówkach POZ oraz podczas eventów.
6. Nadzór nad prawidłową realizacją projektu będzie sprawował Dyrektor Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku (Realizator Projektu). Za realizację kluczowych działań odpowiadać będzie Zespół Projektowy złożony z: Kierownika Projektu, Kierownika medycznego Koordynatora finansowego, Specjalisty ds. prawnych i zamówień publicznych oraz Specjalisty ds. promocji i administracji projektu. Wszyscy członkowie Zespołu Projektowego będą posiadali odpowiednią wiedzę, doświadczenie i kompetencje do realizacji powierzonych im zadań.
7. Głównym celem Projektu jest zwiększenie, poprzez działania edukacyjne, świadomości grupy docelowej na temat zapobiegania nowotworom skóry i metod samobadania znamion.
8. Cele szczegółowe Projektu:
 - a) wdrożenie programu polityki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion – Ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry
 - b) realizacja działań pilotażowych i testujących w zakresie profilaktyki zdrowotnej, które będą służyły wypracowaniu i wdrożeniu w systemie opieki zdrowotnej, rozwiązań skoncentrowanych na zapobieganiu chorobom, które są główną przyczyną dezaktywizacji zawodowej, w tym m.in. chorobom nowotworowym.
 - c) Projekt jest realizowany przez Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Białymstoku, największy szpital specjalistyczny w dziedzinie onkologii, ściśle współpracujący z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku.
 - d) w Projekcie zrealizowany zostanie komponent edukacyjny skierowany do kadry medycznej: lekarzy POZ, specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorów zdrowotnych, dermatologów, onkologów i osób będących w grupie ryzyka.
 - e) komponent edukacyjny będzie uzupełniony o komponent medyczny polegający na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (konsultacje lekarza POZ, konsultacje specjalisty dermatologa i onkologa, badanie dermatoskopowe/wideodermatoskopowe).



- f) współpracy z 40 placówkami POZ w realizacji działań profilaktycznych objętych Projektem.
 - g) podniesienie kompetencji 116 specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w zakresie programu ABCDE samokontroli znamion i włączenie ich do aktywnych działań w zakresie profilaktyki nowotworów skóry.
 - h) zwiększenie dostępności do wiedzy i edukacji dla grupy docelowej Projektu w okresie jego trwania w zakresie czynników ryzyka nowotworów skóry poprzez organizację edukacyjnych eventów oraz prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych
 - i) wzrost wiedzy i nawyków odnośnie samoobserwacji zmian na skórze, w tym przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii (np. aplikacji) wśród grupy docelowej, w okresie realizacji projektu.
 - j) zwiększenie skuteczności rozpoznawania nowotworów skóry na wczesnym etapie rozwoju choroby przez przeszkolony personel medyczny poprzez zwiększenie liczby wykrytych podejrzeń zmian nowotworowych skóry w okresie realizacji Projektu.
 - k) w osiągnięciu celu stosowane będą zasady równości szans, płci i zrównoważonego rozwoju.
9. Zakres planowanego wsparcia:
- a) szkolenia dla kadry medycznej w zakresie diagnostyki skóry możliwej do przeprowadzenia na poziomie placówki POZ oraz czynników ryzyka nowotworów
 - b) konsultacje edukacyjne/świadomościowe pacjentów w zakresie działań zapobiegających nowotworowi skóry oraz wiedzy o samokontroli w zakresie zmian skórnych i możliwościach wykorzystania do tego nowoczesnych technologii
 - c) świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, rozumiane jako badanie skóry całego ciała w oparciu o wywiad medyczny
 - d) badanie dermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty
 - e) badanie wideodermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty
10. Udział w Projekcie jest bezpłatny, koszty pokrywane są ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

§3

Grupy docelowe

1. Projekt skierowany jest do trzech grup docelowych:
- a) **grupa 1** w zakresie edukacji:
 - lekarze POZ, specjaliści w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorzy zdrowotni (również pielęgniarki, absolwenci adekwatnych studiów medycznych), dermatolodzy, onkolodzy;
 - kadra medyczna będzie wyłoniona m.in. spośród 40 placówek POZ, z którymi Realizator Projektu zawrze umowy o współpracy; placówka POZ musi posiadać



status jednostki podstawowej opieki zdrowotnej działającej na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2020, poz. 295 ze zm.), siedzibę na terenie województwa podlaskiego lub lubelskiego, zatrudniać minimum 1 lekarza mającego prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz co najmniej 1 pielęgniarkę.

- b) **grupa 2** w zakresie edukacji: docelowa grupa pacjentów, tj: osoby aktywne zawodowo w wieku 15-64 lata, lub starsze pod warunkiem, że nadal są aktywne zawodowo.
- c) **grupa 3** w zakresie badań przesiewowych:
 - osoby w wieku 50-64,
 - osoby w wieku 15-49 będą mogły otrzymać wsparcie w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion,
 - osoby po 65 roku życia, pod warunkiem, że są nadal aktywne zawodowo będą mogły otrzymać wsparcie w przypadku występowania czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion.
- 2. Każda osoba będzie mogła tylko raz skorzystać ze wsparcia w postaci badania przesiewowego (badanie dermatoskopowe lub wideodermatoskopowe z konsultacją specjalisty).
- 3. Warunkiem zakwalifikowania się i przystąpienia do badań przesiewowych, oprócz wymagań postawionych w pkt 1c §3 niniejszego Regulaminu, jest uczestnictwo w komponencie edukacyjnym.
- 4. Projekt skierowany jest do osób przebywających na obszarze województwa podlaskiego i/lub lubelskiego, które nie chorowały dotychczas na nowotwory skóry.
- 5. Wsparciem zostanie objętych:
 - a) 136 osób, w tym 40 lekarzy POZ oraz 96 specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorów zdrowotnych (grupa docelowa 1);
 - b) 2880 osób w zakresie konsultacji edukacyjnych/świadomościowych pacjentów (grupa docelowa 2), z tego 1920 osób w zakresie badań przesiewowych przy pomocy dermatoskopu / wideodermatoskopu wraz z konsultacją specjalisty (grupa docelowa 3).

§4

Proces rekrutacji

- 1. Rekrutacja do Projektu będzie odbywać się w sposób ciągły od momentu ogłoszenia do dnia 31.08.2022 r. (termin zakończenia Projektu) lub do momentu zrealizowania założonych w Projekcie wskaźników.
- 2. Rekrutacja jest otwarta i adresowana do wszystkich osób, które spełniają kryteria dostępu do Projektu wskazane w §3.

3. Rekrutacja Uczestników do udziału w Projekcie będzie przebiegać zgodnie z zasadą równości szans bez względu na płeć, światopogląd, wyznanie, przynależność rasową, etniczną, religię, orientację seksualną, sytuację na rynku pracy, wykształcenie, miejsce zamieszkania czy niepełnosprawność z zachowaniem założeń projektowych.
4. Rekrutacja będzie prowadzona przez Realizatora Projektu i jednostki POZ, które będą uczestniczyły w działaniach Projektu na podstawie umów zawartych z Realizatorem Projektu.
5. Rekrutacja Uczestników Projektu w poszczególnych grupach docelowych:
 - a) grupa 1 w zakresie edukacji (kadra medyczna):
 - kadra medyczna z placówki POZ posiadającej z Realizatorem Projektu umowę o współpracy, która zostanie wskazana przez osoby reprezentujące daną placówkę POZ (nie mniej niż 1 lekarz POZ oraz 1 specjalista w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukator zdrowotny);
 - pozostali specjaliści w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorzy zdrowotni zostaną wyłonieni w wyniku ogłoszenia o naborze;
 - w celu zgłoszenia chęci uczestnictwa w Projekcie, wymagane jest uzupełnienie dokumentacji zgłoszeniowej: Formularza zgłoszeniowego (Załącznik 1b), Deklaracji uczestnictwa (Załącznik 2), Oświadczenia Uczestnika Projektu (Załącznik 3), która dostępna będzie w siedzibie Realizatora Projektu oraz w placówkach POZ, z którymi zawarto umowy o współpracy.
 - b) grupa 2 i 3 w zakresie edukacji i badań przesiewowych (pacjenci)
 - rekrutacja będzie prowadzona przez kadrę medyczną w trakcie wizyt w placówkach POZ oraz podczas eventów
 - kwalifikacja Uczestników prowadzona będzie na podstawie poprawnie wypełnionej dokumentacji zgłoszeniowej: Formularza zgłoszeniowego (Załącznik 1a), Deklaracji uczestnictwa (Załącznik 2), Oświadczenia Uczestnika Projektu (Załącznik 3), która dostępna będzie w placówkach POZ współpracujących z Realizatorem Projektu oraz podczas eventów.
 - złożenie dokumentacji zgłoszeniowej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
 - weryfikacja dokumentacji zgłoszeniowej i kwalifikacja Uczestników będzie odbywać się na bieżąco.
 - o udziale w Projekcie decyduje kolejność zgłoszeń, pod warunkiem spełnienia kryteriów uczestnictwa, wskazanych w §3 niniejszego Regulaminu.

§5

Realizacja planowanych form wsparcia

1. Planowana kolejność realizowanych działań:

- a) Uczestnicy Projektu należący do 1 grupy docelowej (kadra medyczna):
- zostaną przeszkoleni w zakresie diagnostyki skóry możliwej do prowadzenia na poziomie placówek POZ oraz czynników ryzyka nowotworów. Przedstawione zostaną informacje odnośnie m.in. reguły ABCDE – Freidmana i Rigela, oraz na temat algorytmów stosowanych w diagnostyce czerniaka: „Analiza wzorca”, „Siedmiopunktowa lista kontrolna”, „CASH”, „Menzies”;
 - szkolenie trwa 16 godzin i jest prowadzone w ciągu 2 dni (koszt szkolenia, zakwaterowania oraz dojazdu¹ pokrywa Realizator projektu). Szkolenie zostanie powtórzone po około 6 miesiącach. Uczestnicy otrzymają zestaw podręczników z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych skóry i zestawy edukacyjne;
 - uczestnictwo w szkoleniu jest warunkiem umożliwiającym udzielanie wsparcia w postaci edukacji 2 grupy docelowej (pacjentów).
- b) Uczestnicy Projektu należący do 2 grupy docelowej (pacjenci):
- każdy Uczestnik Projektu może jednorazowo skorzystać z konsultacji edukacyjnej/świadomościowej;
 - edukacja pacjentów skupi się na działaniach zapobiegających nowotworowi (w zakresie zaleceń WHO dot. ekspozycji na promieniowanie UV), oraz wiedzy o samokontroli w zakresie zmian skórnych oraz możliwościach wykorzystania do tego nowoczesnych technologii (np. aplikacji na smartfon);
 - edukacja prowadzona będzie podczas wizyty m.in. w podmiotach POZ oraz w trakcie eventów, przez osoby które odbyły szkolenie opisane w pkt.1a §5 niniejszego Regulaminu;
 - podstawą do rozliczenia udzielonych konsultacji edukacyjnych/świadomościowych będą uzupełnione i podpisane Oświadczenia o udzieleniu świadczenia zdrowotnego (Załącznik 7).
- c) Uczestnicy Projektu należący do 3 grupy docelowej (pacjenci):
- każdy Uczestnik Projektu musi przejść konsultację edukacyjną/świadomościową, opisaną w pkt.1b §5 niniejszego regulaminu;
 - ze świadczenia lekarza POZ oraz badania znamion skórnych – wykonanego dermatoskopem lub wideodermatoskopem można skorzystać wyłącznie jeden raz;
 - lekarz POZ po przeprowadzeniu badania skóry całego ciała oraz na podstawie zebranego wywiadu medycznego uzupełnia Kartę pacjenta (Załącznik 4) i w przypadku wykrycia niepokojących zmian może skierować Uczestnika Projektu na badanie dermatoskopowe bądź wideodermatoskopowe do lekarza specjalisty (Załącznik 5);
 - podstawą do rozliczenia udzielonych świadczeń lekarza POZ będą uzupełnione i podpisane Oświadczenia o udzieleniu świadczenia zdrowotnego (Załącznik 6);

¹ Celem uzyskania zwrotu kosztu dojazdu, należy uzupełnić Załącznik nr 10 – Formularz zwrotu kosztów dojazdu



- badania dermatoskopowe oraz wideodermatoskopowe będą wykonywane przez specjalistę dermatologa lub onkologa, który posiada ukończone kursy w tym zakresie;
 - badania dermatoskopowe oraz wideodermatoskopowe będą też wykonywane w trakcie eventów, bez konieczności posiadania skierowania do specjalisty;
 - podstawą do rozliczenia badań dermatoskopowych/wideodermatoskopowych wraz z konsultacją specjalisty będą uzupełnione i podpisane Oświadczenia o udzieleniu świadczenia zdrowotnego (Załącznik 8/Załącznik 9);
- d) Wszystkim Uczestnikom Projektu Realizator Projektu zapewnia materiały informacyjno-edukacyjne.

§6

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem mają zastosowanie odpowiednie reguły i zasady wynikające z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, a także z przepisów właściwych aktów prawnych wspólnotowych i polskich, w szczególności kodeksu cywilnego (tekst jednolity: Dz. U. 2020 r., poz. 1740), ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781, z późn. zm.), wniosku o dofinansowanie Projektu.
2. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do zmiany treści niniejszego Regulaminu bądź wprowadzenia dodatkowych postanowień. Wszelkie zmiany wymagają formy pisemnej.
3. Regulamin będzie dostępny w siedzibie Realizatora Projektu oraz placówkach POZ
4. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do decydowania w sprawach nieobjętych Regulaminem oraz w sytuacjach spornych. Ostateczna interpretacja Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie należy do Realizatora Projektu.
5. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje przez cały okres realizacji Projektu. Traci moc regulamin projektu pt. „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej” nr POWR.05.01.00-00-0003/18 z dnia 07.08.2020.
6. Załączniki do niniejszego regulaminu znajdują się w spisie załączników i stanowią integralną część Regulaminu.

2021 -03- 03

Białystok,.....
/ Data /

DYREKTOR
Białostockiego Centrum Onkologii
Magdalena Jozwińska
/ Podpis osoby zatwierdzającej /

Sporządziła: Angelika Ostrowska

MO 7

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

- Załącznik 1a – Formularz zgłoszeniowy uczestnika projektu / pacjent
- Załącznik 1b – Formularz zgłoszeniowy uczestnika projektu / edukator
- Załącznik 2 – Deklaracja uczestnictwa
- Załącznik 3 – Oświadczenie uczestnika projektu
- Załącznik 4 – Karta pacjenta
- Załącznik 5 – Skierowanie do specjalisty
- Załącznik 6 – Oświadczenie o udzielonym świadczeniu zdrowotnym – świadczenie lekarza POZ
- Załącznik 7 – Oświadczenie o udzielonym świadczeniu zdrowotnym – konsultacja edukacyjna/świadomościowa
- Załącznik 8 – Oświadczenie o udzielonym świadczeniu zdrowotnym – badanie dermatoskopowe
- Załącznik 9 – Oświadczenie o udzielonym świadczeniu zdrowotnym – badanie wideodermatoskopowe
- Załącznik 10 – Formularz zwrotu kosztów dojazdu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu pn. „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej” nr POWR.05.01.00-00-0003/18

Dane osobowe	Imię			
	Nazwisko			
	PESEL	<input type="text"/>	Wiek	<input type="text"/>
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
Dane kontaktowe	Województwo	<input type="checkbox"/> podlaskie <input type="checkbox"/> lubelskie <input type="checkbox"/> inne:.....		
	Powiat		Gmina	
	Miejscowość		Ulica, nr domu	
	Kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	
	Telefon		Adres e-mail	
Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<i>(uzupełnia wyłącznie osoba bezrobotna i bierna zawodowo)</i> <input type="checkbox"/> Oświadczam, że aktywnie poszukuję zatrudnienia i jestem gotowy/-a do podjęcia pracy*. Brak oświadczenia oznacza brak możliwości udziału w projekcie
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne		
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca*	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP (przedsiębiorstwo < 250 pracowników)	<input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność gospodarczą na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne	
		Nazwa miejsca pracy:		
	Wykonywany zawód:			
	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inne		
Sytuacja socjalno-bytowa	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<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 niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		

 MIEJSCOWOŚĆ I DATA

 PODPIS UCZESTNIKA



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu pn. „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej” nr POWR.05.01.00-00-0003/18

Dane osobowe	Imię			
	Nazwisko			
	PESEL	<input type="text"/>	Wiek	<input type="text"/>
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe		
Dane kontaktowe	Województwo	<input type="checkbox"/> podlaskie <input type="checkbox"/> lubelskie <input type="checkbox"/> inne:.....		
	Powiat		Gmina	
	Miejscowość		Ulica, nr domu	
	Kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	
	Telefon		Adres e-mail	
Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność gospodarczą na własny rachunek <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> w MMŚP (przedsiębiorstwo < 250 pracowników)		
		Nazwa miejsca pracy: <input type="text"/>		
	Wykonywany zawód:		<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inne	
	Pełniona funkcja		<input type="checkbox"/> lekarz POZ <input type="checkbox"/> pozostała kadra	
Sytuacja społeczno-bytowa	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia		<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 niepełnosprawnościami		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
<input type="checkbox"/> Niniejszym oświadczam, iż zobowiązuję się do uczestnictwa w dwóch cyklach szkolenia z zakresu objętego projektem				

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA.....
PODPIS UCZESTNIKA



.....
DATA

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Imię i nazwisko:	
PESEL:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ja niżej podpisany/a deklaruję udział w projekcie „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej”, realizowanym przez Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku i oświadczam, że:

- a) zapoznałem/am się z regulaminem w/w projektu i akceptuję jego postanowienia;
- b) spełniam warunki udziału w projekcie;
- c) zobowiązuję się do wypełnienia niezbędnej dokumentacji, która jest wymagana w ramach projektu, w tym złożenia oświadczeń niezbędnych do udzielania świadczeń;
- d) zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój;
- e) wyrażam zgodę na wgląd do dokumentacji powstałej w trakcie realizacji programu, w celu kontroli przez wszystkie uprawnione do kontroli podmioty;
- f) zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- g) oświadczam, że nie korzystałem/am dotychczas ze wsparcia w ramach programu profilaktyki zdrowotnej *pn. ABCDE samokontroli znamion – Ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry*, realizowanego przez inny ośrodek w Polsce;
- h) świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia, zgodnie z §233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że dane podane w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
PODPIS UCZESTNIKA



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. „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej” 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.),



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- 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 „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej”, 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 – Minister Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, beneficjentowi realizującemu projekt - Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok 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 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 prześlę 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 iodo@onkologia.bialystok.pl.
 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*

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

**KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY**

IMIĘ		NAZWISKO		PESEL	
------	--	----------	--	-------	--

WYWIAD CHOROBOWY

Historia rodzinna (czerniak oraz inne nowotwory złośliwe skóry)	
Historia rodzinna (Zespół znamion atypowych: nieregularnych)	
Historia rodzinna (np. rak trzustki, guz mózgu: Gwiaździatek i inne)	
Przebyty czerniak /czerniaki	
Oparzenia słoneczne w dzieciństwie	
Zauważalne zmiany kliniczne przez pacjenta: Reguła ABCDE	
Typ wykonywanej pracy oraz miejsce	

BADANIE KLINICZNE - szczegółowe badanie skóry całego ciała

Fototyp skóry	
Ilość znamion/w przybliżeniu	
Znamiona atypowe oraz zmiany skórne niebarwnikowe kwalifikowane przez lekarza do wycięcia chirurgicznego oraz histopatologii	

ZALECENIA - zaznaczyć właściwe

Skierowanie do poradni	<input type="checkbox"/> onkologicznej	<input type="checkbox"/> dermatologicznej	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Wizyta kontrolna	<input type="checkbox"/> co 6 miesięcy	<input type="checkbox"/> co 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Inne			

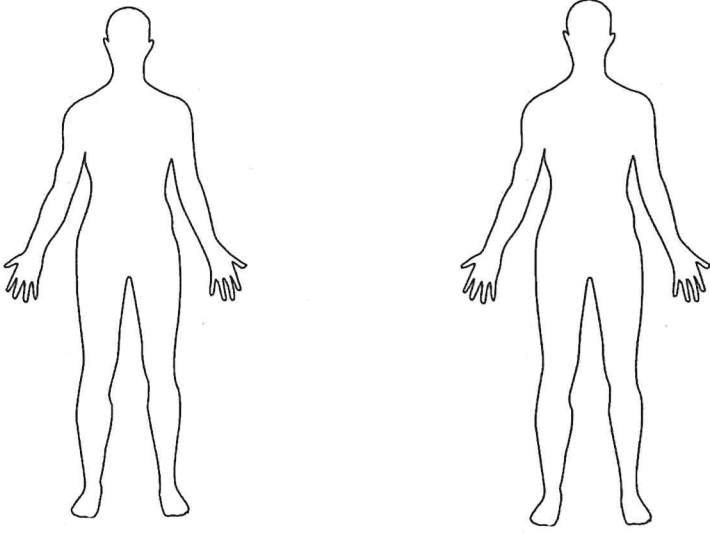
.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA.....
PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA

.....
 PIECZĘĆ OSRODKA

 DATA

SKIEROWANIE DO SPECJALISTY

dermatologa / onkologa *

Imię i nazwisko:			
PESEL:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Cel skierowania:	Konsultacja zmiany skórnej / znamienia		
Lokalizacja, liczba i wielkość zmian wymagających konsultacji:	PRZÓD:	TYŁ:	
			
	OPIS:		
Fototyp skóry	<input type="checkbox"/> fototyp 1	<input type="checkbox"/> fototyp 2	<input type="checkbox"/> inny
Nowotwory skóry w rodzinie	<input type="checkbox"/> TAK - czerniak	<input type="checkbox"/> TAK – inny nowotwór skóry	<input type="checkbox"/> NIE

 PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA KIERUJĄCEGO

Rzeczpospolita
PolskaUnia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Tytuł projektu: „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej”
Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0003/18-00/2/2018/732
Tytuł programu profilaktycznego: „Program Polityki Zdrowotnej ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry”

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielona uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - jedna konsultacja
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	

Rzeczpospolita
PolskaUnia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Tytuł projektu: „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej”
Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0003/18-00/2/2018/732
Tytuł programu profilaktycznego: „Program Polityki Zdrowotnej ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry”

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielona uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Konsultacja edukacyjna/świadomościowa
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Czy Pan/Pani deklaruje wzrost wiedzy o nowotworach skóry, w szczególności w zakresie samoobserwacji i umiejętności wykorzystania nowoczesnych technologii do samoobserwacji?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego*	
Adres podmiotu leczniczego*	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczenia zdrowotne	
Podpis i pieczęć (jeśli posiada) osoby udzielającej świadczenia zdrowotne	

* w przypadku konsultacji edukacyjnej/świadomościowej udzielanej w trakcie eventu, w miejscu nazwy podmiotu należy wpisać „EVENT”, zaś w polu adres, należy wskazać miejsce wydarzenia



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Tytuł projektu: „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej”
Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0003/18-00/2/2018/732
Tytuł programu profilaktycznego: „Program Polityki Zdrowotnej ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry”

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielona uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Badanie dermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Tytuł projektu: „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej”
Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0003/18-00/2/2018/732
Tytuł programu profilaktycznego: „Program Polityki Zdrowotnej ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry”

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielona uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Badanie wideodermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	

Formularz zwrotu kosztów dojazdu¹

UZUPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU

NR WNIOSKU:.....

DATA:

Niniejszym oświadczam, że w związku z uczestnictwem w szkoleniu z zakresu profilaktyki nowotworów skóry, w ramach projektu „Program profilaktyki nowotworów skóry w Polsce Wschodniej” nr POWR.05.01.00-00-0003/18, poniosłem/-am koszty związane z dojazdem na miejsce realizacji w/w szkolenia.

Środek transportu: samochód osobowy o nr rejestracyjnym

Pojemność skokowa silnika (zaznaczyć właściwe):

 do 900 cm³ powyżej 900 cm³

L.p.	Miejsce wyjazdu	Data	Godzina	Miejsce docelowe	Data	Godzina	Odległość (km)
1.							
2.							
3.							
4.							
RAZEM							

Proszę o dokonanie zwrotu kosztów dojazdu, na następujący nr rachunku bankowego:

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

Dane Właściciela rachunku:

- Imię i Nazwisko:

- Adres:

.....

.....
data i podpis Uczestnika Projektu

UZUPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU

METODOLOGIA WYLICZENIA KWOTY ZWROTU

Pojemność silnika (zaznaczyć właściwe)	Stawka	Liczba kilometrów	Kwota do zwrotu
<input type="checkbox"/> do 900 cm ³	0,5214		
<input type="checkbox"/> powyżej 900 cm ³	0,8358		

.....
data i podpis Kierownik Projektu

¹ Zwrot kosztów dojazdu dotyczy przejazdu z miejsca zamieszkania do miejsca odbywania szkolenia i z powrotem - przysługuje za każdy dzień obecności na szkoleniu, potwierdzony podpisem na liście obecności. Zwrot kosztów nie przysługuje za dni, w których Uczestnik/czka Projektu był/a nieobecny/a, oraz osobom, które korzystały z noclegu - w zakresie powrotu z miejsca szkolenia do miejsca zamieszkania 1 dnia, oraz dojazdu do miejsca szkolenia 2 dnia. Wnioski należy składać u osoby prowadzącej szkolenie w dniu zakończenia danej formy wsparcia (szkolenia), za które składany jest wniosek.

