**ZAŁĄCZNIK NR 4 – PROJEKT UMOWY**

**MODYFIKACJA Z DN. 08.10.2020r.**

Umowa zostaje zawarta na rzecz realizacji Projektu „Zdążyć przed cukrzycą” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020 lub Program) współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020, zwana dalej „umową”,

Umowa nr D1/D 2.5.4.2 – …………………………… zawarta w dniu …………………………. 2020 r. w Gdyni

pomiędzy:

**Szpitalami Pomorskimi Sp. z o.o.** z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000492201, NIP 586-22-86-770, REGON 190141612, o kapitale zakładowym w wysokości 172 650 500,00 zł, pokrytym w całości,

reprezentowaną przez:

Jolantę Sobierańską- Grenda - Prezesa Zarządu,

Dariusza Nałęcza – Wiceprezesa Zarządu

zwaną w dalszej treści niniejszej Umowy „Zamawiającym”

a

…………………………………………………………………………………………………….

zwanym dalej „Wykonawcą”

**§1**

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest udzielanie przez Wykonawcę w oparciu o jego personel medyczny świadczeń zdrowotnych w zakresie prewencji cukrzycy typu 2. Działania projektowe mają przyczynić się do zmniejszenia zachorowalności (zapadalności) na cukrzycę typu 2 u mieszkańców województwa pomorskiego w wieku aktywności zawodowej.
2. Do obowiązków Wykonawcy należy wskazanie w formie pisemnej co najmniej 2 osób współpracujących z Wykonawcą (minimum jeden lekarz i minimum jedna pielęgniarka), które wezmą udział w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego, w terminach określonych przez Zamawiającego i będą realizowali świadczenia i zobowiązania określone niniejszą Umową.
3. Personel medyczny wskazany przez Wykonawcę będzie edukowany przez lekarzy wskazanych przez Zamawiającego głównie w zakresie: czynników zachorowalności na cukrzycę, rozpoznania cukrzycy i stanu przedcukrzycowego, powikłań chorobowych, odpowiednich nawyków żywieniowych i stylu życia oraz rekomendacji terapeutycznych.
4. Osoby wyznaczone przez Wykonawcę do realizacji niniejszej umowy i przeszkolone zgodnie z ust. 2 niniejszego § będą zobowiązane do wykonania następujących usług:
5. **Kwalifikacja do programu**
6. Wstępna kwalifikacja pacjenta przez pielęgniarkę, odbywająca się u Wykonawcy. Dotyczy osób w wieku aktywności zawodowej 35-64 lat, dotychczas nieleczonych z powodu cukrzycy typu 2, które w ankiecie FINDRISK uzyskały 12 punktów i więcej oraz bez względu na wynik ankiety FINDRISK osoba w wieku 45 lat i więcej. Uczestnik może wypełnić ankietę w formie elektronicznej lub papierowej. Ankieta w obu formach, będzie opracowana i zapewniona przez Organizatora.
7. Skierowanie na badanie laboratoryjne OGTT – po wstępnej kwalifikacji i spełnieniu kryteriów Programu, uczestnik otrzymuje skierowanie na badanie laboratoryjne OGTT i zostaje skierowany do punktu pielęgniarskiego (pozyskanie podstawowych informacji o pacjencie oraz danych kontaktowych, w tym numer telefonu).
8. **Włączenie do dalszego etapu przez kadrę medyczną**
9. Wstępna wizyta pielęgniarska - w przypadku nieprawidłowego wyniku OGTT (weryfikacja wyniku w punkcie pielęgniarskim), uczestnik zostaje skierowany do kolejnego etapu Programu. Na tym etapie pielęgniarka zakłada uczestnikowi Programu kartę pacjenta przystępującego do Programu. Dokonuje też pomiarów antropometrycznych: wzrost, waga, BMI, WHR, a także informuje o Programie i pomaga w wypełnieniu niezbędnych dokumentów projektowych.
10. Konsultacja lekarska (zebranie wywiadu chorobowego w karcie pacjenta, jeżeli lekarz nie stwierdzi żadnych przeciwwskazań do udziału w dalszym etapie Programu. Wywiad chorobowy powinien obejmować: ocenę stanu ogólnego, wydolność układu oddechowego i krążenia, ocenę wyniku OGTT (zakwalifikowanie IGT, IFG, IGT i IFG, cukrzyca), pomiar ciśnienia, wywiad dotyczący palenia papierosów. Lekarz kwalifikujący do udziału w Programie, według posiadanej wiedzy specjalistycznej oceni stan zdrowia oraz występowanie chorób/schorzeń uniemożliwiających udział danej osoby w Programie.
11. **Nadzór nad uczestnikami programu behawioralnego.**
12. Bieżący kontakt z pacjentami uczestniczącymi w programie zapewniony zostanie przez Wykonawcę. Sam Program behawioralny nie będzie realizowany w ramach przedmiotowej umowy. Zamawiający jedynie przekaże wszystkie niezbędne informacje nt. realizatora/realizatorów programu behawioralnego Wykonawcy.
13. **Ocena efektów i zakończenie programu.**

Po roku uczestnictwa udzielone zostaną przez personel medyczny Wykonawcy świadczenia zdrowotne, które odbywać się będą u Wykonawcy.

1. Badanie laboratoryjne ( OGTT) po roku uczestnictwa w programie
2. Wizyta pielęgniarska - Wykonanie pomiarów antropometrycznych, wypełnienie niezbędnych ankiet, dokumentów związanych z monitorowaniem programu
3. Konsultacja lekarska - Ocena stanu zdrowia, ocena wyników testu OGTT, ustalenie dalszych zaleceń
4. Wykonawca zobowiązuje się do prawidłowego zrealizowania wszystkich zadań, o których mowa w § 1 ust. 4, zgodnie z wiedzą fachową i najwyższą starannością oraz wytycznymi Zamawiającego. Wykonawca odpowiada za jakość świadczonych usług.
5. Wykonawca zobowiązuje się do stałej współpracy oraz bieżącego konsultowania z Zamawiającym zagadnień związanych z realizacją przedmiotu Umowy.
6. Wykonawca zobowiązuje się do przekazania wypełnionych dokumentów (załącznik nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10 i 11 do umowy) Zamawiającemu do 10 dnia każdego miesiąca po zakończeniu okresu rozliczeniowego. Za okres rozliczeniowy przyjmuje się miesiąc kalendarzowy. Dokumenty powinny zostać dostarczone razem z fakturą za pośrednictwem operatora pocztowego na adres Zamawiającego.
7. Wykonawca zobowiązuje się do podpisania z każdą z osób wskazanych w §1 punkt 2 upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowiącego Załącznik nr 8 do Umowy oraz odwołania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowiącego Załącznik nr 9 do Umowy w przypadku utraty statusu personelu Wykonawcy.
8. Zamawiający zobowiązuje się do:

* Przekazania Wykonawcy wszelkich niezbędnych do wykonania przedmiotu Umowy informacji i materiałów edukacyjnych.
* Dokonania odbioru dokumentacji związanej z realizacją umowy.
* Zapłaty wynagrodzenia przysługującemu Wykonawcy z tytułu realizacji niniejszej Umowy.

**§2**

1. Świadczenia wykonywane będą na terenie zakładu leczniczego Wykonawcy, w miejscu i przez osoby uprawnione, posiadające stosowne kwalifikacje, wymienione w §1 ust. 2 umowy*.*

**§3**

1. Z tytułu realizacji niniejszej Umowy Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty Wykonawcy za następującą jednostkową usługę:

* Obsługa medyczna/merytoryczna uczestników (ocena ankiet FINDRISK, wydawanie skierowań na badanie OGTT ) punkt pielęgniarski – …………… zł
* I Badanie OGTT ( początek programu ) – ………… zł
* II Badanie OGTT (koniec programu ) – …………… zł
* Konsultacja lekarska - kwalifikacja do programu – ………….. zł
* Konsultacja lekarska – koniec programu – ……………. zł
* Konsultacja pielęgniarska - kwalifikacja do programu – ………….. zł
* Konsultacja pielęgniarska - koniec programu – ……………. zł

1. Zamawiający dodatkowo zobowiązuje się do podpisania z jedną ze wskazanych osób wymienionych w §1 pkt. 2 umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem będzie sprawowanie bieżącego i stałego kontaktu z pacjentami uczestniczącymi w programie. Umowa zawarta będzie na okres ustalony pomiędzy stronami. Miesięczny koszt, jaki będzie ponosił Zamawiający w związku z obowiązywaniem umowy nie może przekroczyć 1000 zł.
2. Wykonawca w ciągu realizacji niniejszej umowy będzie wystawiał Zamawiającemu fakturę zbiorczą raz w miesiącu po potwierdzeniu przez obie strony umowy protokołu odbioru świadczonych usług.
3. Podstawą do wystawienia faktury będzie podpisany przez Strony protokół odbioru przedmiotu zamówienia bez uwag. Protokół odbioru stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
4. Należności o których mowa w ust. 1 zawierają wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu Umowy i będą płatne przelewem w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
5. Za datę zapłaty uznaje się datę obciążenia kwotą rachunku bankowego Zamawiającego.
6. Wartość niniejszej umowy nie może przekroczyć równowartości 30.000 Euro. W razie przekroczenia wartości tej kwoty niniejsza umowa wygasa.

**§4**

1. Zamawiający zastrzega sobie w toku realizacji projektu możliwość ograniczenia ilości przeprowadzonych przez Wykonawcę świadczeń lekarskich ze względu na wartość wskaźników we wniosku o dofinansowanie.
2. Zamawiający w celu usprawnienia i kontroli realizacji przedmiotu umowy wprowadza następujące limity:

* ilość badań OGTT na początku programu – ………..
* ilość osób zakwalifikowanych do programu - ………….

Limity te mogą zostać zwiększone w trakcie realizacji projektu, w porozumieniu i za zgodą obu stron.

1. Zamawiający jest uprawiony do weryfikacji realizacji przedmiotu umowy przez cały okres jej obowiązywania, w szczególności pod kątem osiągania wskaźników rezultatu określonych w Projekcie.

**§5**

1. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej.
2. Do obowiązków Wykonawcy należy także:
3. zbieranie danych osobowych uczestników Projektu (osób lub podmiotów) zgodnie z Wytycznymi w zakresie monitorowania oraz na wzorach stanowiących Załączniki nr 10 i 11;
4. przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz zgodnie z umową stanowiącą Załącznik nr 7 do niniejszej umowy,
5. zapewnienie stosowania zasady równości szans i niedyskryminacji a także równości szans kobiet i mężczyzn, zgodnie z *Wytycznymi w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020,* zamieszczonymi na stronie internetowej Instytucji Pośredniczącej.

**§6**

1. Wykonawca zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Zamawiającego lub odpowiedniego przedstawiciela Urzędu Marszałkowskiego oraz inne uprawnione podmioty w zakresie prawidłowości realizacji Projektu w zakresie prawidłowej realizacji niniejszej umowy, również w siedzibie Wykonawcy oraz w miejscu udzielanych świadczeń, nie krócej niż do dnia 31.12.2028 r.
2. Wykonawca zobowiązuje się do wskazania swoich danych dotyczących personelu, a także do przedstawienia na wniosek Zamawiającego dokumentów wykazujących uprawnienia osób wykonujących bezpośrednio świadczenia medyczne.
3. Wykonawca będzie przekazywał niezwłocznie na wniosek Zamawiającego, na piśmie, wszelkie dodatkowe informacje o realizacji świadczeń medycznych będących przedmiotem niniejszej umowy, nie krócej niż do dnia 31.12.2028 r.

**§7**

1. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów sanitarnych i z tego tytułu ponosił będzie pełną odpowiedzialność przed służbami sanitarno-epidemiologicznymi.
2. Pomieszczenia, w których Wykonawca zobowiązuje się udzielić świadczeń oraz ich wyposażenie w aparaturę medyczną muszą odpowiadać określonym standardom wynikającym z przepisów prawa, w tym z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r., poz. 595) oraz posiadać certyfikaty i wymagane krajowe atesty uzyskane w trybie odrębnych przepisów.

**§8**

1. Wykonawca oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie przedmiotu umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się do utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy.

**§9**

Zamawiający, na zasadach określonych w umowie stanowiącej Załącznik nr 7, powierza Wykonawcy dalsze przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym w Załączniku nr 12 do Umowy oraz w celu niezbędnym do realizacji przedmiotu niniejszej umowy.

**§10**

1. W celu koordynacji spraw związanych z wykonywaniem przedmiotu Umowy Zamawiający wyznacza swojego przedstawiciela w osobie:

Agnieszka Duda – koordynatorka Projektu, e-mail [aduda@szpitalepomorskie.eu](mailto:aduda@szpitalepomorskie.eu), telefon +48 516 633 245

1. W celu koordynacji spraw związanych z wykonywaniem przedmiotu Umowy Wykonawca wyznacza swojego przedstawiciela w osobie:

………………………………………………………………

**§11**

1. Umowa obowiązuje od dnia jej zawarcia do 31 grudnia 2023 roku.
2. Umowa ulega rozwiązaniu:
3. z upływem czasu, na który była zawarta;
4. z dniem zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
5. Wykonawca może rozwiązać niniejszą Umowę, na piśmie, za wypowiedzeniem z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia z ważnych powodów i uzasadnieniem przyczyny.
6. Zamawiający może rozwiązać niniejszą Umowę, na piśmie, za wypowiedzeniem z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia bez podawania przyczyn.
7. Zamawiający może rozwiązać Umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy:
8. Wykonawca nie dopełni obowiązków wynikających z Umowy,
9. Wykonawcy wygasła umowa podpisana z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie POZ i nie została przedłużona,
10. W trakcie realizacji projektu nastąpi rozwiązanie umowy o dofinansowanie zawartej pomiędzy Zamawiającym a Województwem Pomorskim skutkujące przerwaniem realizacji projektu oraz przepływu środków finansowych,
11. Wykonawca odmówi wykonania lub wykona zlecone usługi z nienależytą zawodową starannością lub niezgodnie z obowiązującymi przepisami lub w sposób stanowiący zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjentów,
12. Wykonawca utraci uprawnienia konieczne do wykonywania konsultacji i badań objętych niniejszą umową,
13. Wykonawca naruszy zobowiązania o poufności i tajemnicy danych.
14. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie na mocy porozumienia stron.

**§12**

Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej Umowy wymagają zgody obu Stron   
i zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

**§13**

Bez pisemnej zgody Zamawiającego Wykonawca nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią.

**§14**

1. Sprawy nieuregulowane Umową będą rozstrzygane na podstawie przepisów Kodeksu Cywilnego i ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.) oraz pozostałe przepisy prawa.
2. Ewentualne kwestie sporne wynikłe w trakcie realizacji niniejszej Umowy, strony rozstrzygać będą polubownie.
3. Sądem właściwym do rozstrzygania sporów wynikłych na podstawie niniejszej Umowy, będzie rzeczowo właściwy sąd dla siedziby Zamawiającego.
4. Umowę spisano w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Wykonawca Zamawiający**

**Załączniki do umowy:**

Załącznik nr 1 - Protokół odbioru przedmiotu zamówienia.

Załącznik nr 2 - Ankieta FINDRISK.

Załącznik nr 3 - I Karta pacjenta (etap włączenia do etapu badań przesiewowych)

Załącznik nr 4 - II Karta pacjenta (etap włączenia do Programu)

Załącznik nr 5 - Test wiedzy o problemie zdrowotnym

Załącznik nr 6 - Ocena wiedzy na temat odżywiania i nawyków żywieniowych

Załącznik nr 7 - Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych

Załącznik nr 8 - Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych dla personelu medycznego Wykonawcy

Załącznik nr 9 - Odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych dla personelu medycznego Wykonawcy.

Załącznik nr 10 - Wzór oświadczenia uczestnika Projektu w odniesieniu do zbioru: „Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”

Załącznik nr 11 - Wzór oświadczenia uczestnika Projektu w odniesieniu do zbioru „Centralny System teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”

Załącznik nr 12 - Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

Załącznik nr 1

**PROTOKÓŁ ODBIORU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Realizacja świadczeń medycznych do projektu RPPM.05.04.02-22-0002/18„Zdążyć przed cukrzycą” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

Wykonawca

**………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….……………………………………**

1. Numer umowy: **…………………………………….** z dnia …………………………………….

Strony stwierdzają, że Wykonawca przesłał Zamawiającemu tj. **Szpitalom Pomorskim Sp. z o.o.** następującą ilość prawidłowo wypełnionej dokumentacji związanej z realizacją projektu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** | **Cennik** | **Wykonana ilość świadczeń** |
| OBSŁUGA W PUNKCIE PIELĘGNIARSKIM |  |  |
| I BADANIE OGGT |  |  |
| II BADANIE OGGT |  |  |
| KONSULTACJA LEKARSKA – KWALIFIKACJA DO PROGRAMU |  |  |
| KWALIFIKACJA LEKARSKA –  ZAKOŃCZENIE PROGRAMU |  |  |
| KONSULTACJA PIELĘGNIARSKA - KWALIFIKACJA DO PROGRAMU |  |  |
| KONSULTACJA PIELĘGNIARSKA – ZAKOŃCZENIE PROGRAMU |  |  |

Protokół jest podstawą do wystawienia przez Wykonawcę rachunku na kwotę:

**……………………………………………………………………………………………………………...**

(**słownie:………………………………………………………………………................. 00/100 brutto**).

Wykonawca Zamawiający

…………………………… ………………………..

*/data, podpis i pieczątk*a/  */data, podpis i pieczątka/*

## Załącznik 2

## 

## Ankieta FINDRISK

Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź i zsumować uzyskane punkty:

1. **Wiek**

* mniej niż 45 lat (0 pkt)
* 45 - 54 lat (2 pkt)
* 55 - 64 lat (3 pkt)
* więcej niż 64 lata (4 pkt)

1. **Wskaźnik masy ciała (BMI)**

* poniżej 25 kg/m2 (0 pkt)
* 25 - 30 kg/m2 (1 pkt)
* powyżej 30 kg/m2 (3 pkt)

1. **Obwód pasa**

Kobieta:

* poniżej 80 cm (0 pkt)
* 80 - 88 cm (3 pkt)
* powyżej 88 cm (4 pkt)

Mężczyzna:

* poniżej 94 cm (0 pkt)
* 94 - 102 cm (3 pkt)
* powyżej 102 cm (4 pkt)

1. **Czy ćwiczy Pan/Pani przynajmniej 30 minut dziennie?**

* Tak (0 pkt)
* Nie (2 pkt)

1. **Jak często je Pan/Pani warzywa lub owoce?**

* Codziennie (0 pkt)
* Niecodziennie (1 pkt)

1. **Czy kiedykolwiek zażywał Pan/Pani leki na obniżenie ciśnienia krwi?**

* Nie (0 pkt)
* Tak (2 pkt)

1. **Czy kiedykolwiek lekarz bądź inna osoba pracująca w służbie zdrowia powiedziała Panu/Pani, że ma Pan/Pani podwyższony poziom glukozy we krwi (podczas badania medycznego, choroby lub ciąży)?**

* Nie (0 pkt)
* Tak (5 pkt)

1. **Czy u kogokolwiek z członków Pana/Pani rodziny stwierdzono cukrzycę?**

* Nie (0 pkt)
* Tak: u dziadka, lub kuzyna (ale nie u rodziców, rodzeństwa lub własnego dziecka) (3 pkt)
* Tak: u biologicznego ojca lub matki, rodzeństwa lub własnego dziecka) (5 pkt)

|  |  |
| --- | --- |
| UZYSKANE PUNKTY | ………………………………………………………….. |

**Ocena ryzyka wystąpienia cukrzycy w ciągu najbliższych 10 lat.**

Po zsumowaniu punktów uzyskanych w pytaniach od 1 do 8 otrzymujemy wynik, który pozwala ocenić ryzyko wystąpienia cukrzycy w ciągu najbliższych 10 lat. Jest ono następujące: • < 7 niskie: zachoruje 1 osoba na 100

7 – 11 lekko podwyższone: 1 osoba na 25

• 12 – 14 nieznaczne/średnie: 1 osoba na 6

• 15 – 20 wysokie: 1 osoba na 3

• > 20 bardzo wysokie: 1 osoba na 2

Załącznik nr 3

**Karta pacjenta przystępującego do Programu (etap włączenia do etapu badań przesiewowych)**

1. *Należy wypełnić, gdy pacjent uzyska wynik z ankiety FINDRISK 12 punktów i więcej.*
2. *Należy wypełnić dla osób po 45 roku życia bez względu na wynik ankiet FINDRISK.*
3. *Po wstępnej kwalifikacji pacjenta do wykonania badania laboratoryjnego i założeniu Karty pacjent otrzymuje skierowanie na badanie.*

* Imię i nazwisko ……………………………………..……………………..................................................
* Wiek ……………………………………..……………………...................................................................
* PESEL ……………………………………………………………………….………………..…………...
* Adres …………………………………………………………….............………..………….....................
* Nr telefonu kontaktowego ………………………....... ……………………………………………………
* Przebyta diagnostyka cukrzycy w ostatnim roku TAK / NIE
* Rozpoznanie cukrzycy typu 2 TAK / NIE
* Wynik ankiety FINDRISK ……………………………………………………………
* Źródło wiedzy o programie ……………………………………………………………
* Wykształcenie: podstawowe, gimnazjalne, średnie, zawodowe, wyższe.
* Status na rynku pracy: umowa o pracę, działalność gospodarcza, inne zatrudnienie, bezrobotny,

emeryt, rencista.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach programu profilaktycznego: „Zdążyć przed cukrzycą”

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w w/w programie oraz zobowiązuję się do realizacji obowiązków wynikających z przystąpienia do programu.

**Przyjmuję** do wiadomości, że uczestnictwo w programie ma charakter nieodpłatny.

*................................... .....................................*

*(miejscowość, data) (podpis)*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celach związanych z realizacją programu profilaktycznego **„Zdążyć przed cukrzycą”** przez realizatora.

- zgodnie z rozporządzeniem 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. Urz. UE. L 119 z 04.05.2016, str. 1) i Umową na realizację w/w programu.

*...................................... ......................................*

*(miejscowość, data) (podpis)*

Załącznik nr 4

**Karta pacjenta przystępującego do Programu (etap włączenia do Programu)**

*Kartę należy wypełnić, gdy pacjent po wykonaniu testu OGTT zostanie zakwalifikowany do dalszego etapu w Programie.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  | | | |
| Pesel |  | | | |
| Adres zamieszkania |  | | | |
| Wynik/pomiar | Przystąpienie do Programu |  | | Zakończenie  Programu |
| 1. Ankieta FINDRISK |  |  | |  |
| 1. OGTT – 0 (mg/dl) |  |  | |  |
| 1. OGTT – 2h (mg/dl) |  |  | |  |
| 1. Waga (kg) |  |  | |  |
| 1. BMI (kg/m2) |  | |  |  |
| 1. WHR |  |  | |  |
| 1. Aktywność fizyczna (MET - min./tydz.) |  |  | |  |
| 1. Ocena punktowa kwestionariusza oceny wiedzy na temat zdrowego odżywiania i nawyków żywieniowych |  |  | |  |
| 9. Liczba wypalonych papierosów |  |  | |  |
| 10. Uwagi / zalecenia |  |  | |  |

Załącznik nr 5

## Test wiedzy o problemie zdrowotnym

| Lp | **Pytanie** | **Odpowiedź** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***a*** | | ***b*** | | ***c*** | |
| *1.* | Jak się nazywa hormon regulujący poziom cukru we krwi? | ***□*** | melatonina | ***□*** | serotonina | ***□*** | **insulina** |
| *2.* | Aż 85% przypadków cukrzycy stanowi... | ***□*** | cukrzyca typu 1 | ***□*** | **cukrzyca typu 2** | ***□*** | cukrzyca wtórna |
| *3.* | Kto jest najbardziej narażony na rozwój cukrzycy typu 2? | ***□*** | kobiety | ***□*** | aktywne fizycznie | ***□*** | **osoba z nadwagą** |
| *4.* | Objawami cukrzycy są: | ***□*** | wzmożone pragnienie | ***□*** | oddawanie dużych ilości moczu | ***□*** | **odpowiedź 1 i 2** |
| *5.* | Prawidłowy poziom cukru we krwi na czczo wynosi: | ***□*** | 180-200 mg/dl | ***□*** | **70-99 mg/dl** | ***□*** | 60-120 mg/dl |
| *6.* | Ile obecnie Polaków choruje na cukrzycę? | ***□*** | około milion | ***□*** | **około 2 miliony** | ***□*** | około 5 milionów |
| *7.* | Jaki wskaźnik BMI kwalifikuje pacjenta do grupy osób zagrożonych cukrzycą? | ***□*** | BMI  mniejszy niż 20 | ***□*** | BMI od 20 do 25 | ***□*** | **BMI powyżej 25** |
| *8.* | Cukrzycy typu 2 można zapobiegać przez: | ***□*** | szczepienia ochronne | ***□*** | nie można zapobiegać | ***□*** | **przestrzeganie zdrowej diety i regularny wysiłek fizyczny** |
| *9.* | Stwierdzenie  u pacjenta stanu przedcukrzycowego: | ***□*** | nie wpływa  na stan zdrowia pacjenta | ***□*** | **stanowi wysoki stopień zagrożenia rozwojem cukrzycy typu 2** | ***□*** | nie wiem |
| *10.* | Cukrzyca jest chorobą: | ***□*** | zakaźną | ***□*** | **przewlekłą** | ***□*** | odpowiedź 1 i 2 |

Właściwe odpowiedzi zaznaczone **wytłuszczonym drukiem**.

Załącznik nr 6

## Ocena wiedzy na temat zdrowego odżywiania i nawyków żywieniowych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Treść stwierdzenia | Tak | Nie | Nie mam zdania | Liczba  punktów |
| 1. | Produkty zbożowe wystarczy spożywać raz dziennie. |  |  |  |  |
| 2. | Tylko dzieci i młodzież powinny spożywać mleko. |  |  |  |  |
| 3. | Owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku. |  |  |  |  |
| 4. | Spożycie spleśniałego pieczywa może spowodować zakażenie pałeczkami Salmonelli. |  |  |  |  |
| 5. | Duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym. |  |  |  |  |
| 6. | Ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia. |  |  |  |  |
| 7. | Częste spożywanie tłustych ryb morskich przyspiesza rozwój miażdżycy. |  |  |  |  |
| 8. | Spożywanie grillowanego mięsa sprzyja zachorowaniu na nowotwory. |  |  |  |  |
| 9. | Konsekwencją żywienia wegetariańskiego jest zwiększone ryzyko anemii. |  |  |  |  |
| 10. | Biojogurty zawierają pożyteczne bakterie jelitowe. |  |  |  |  |
| 11. | Olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu. |  |  |  |  |
| 12. | Pieczywo razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne. |  |  |  |  |
| 13. | Owoce i warzywa są źródłem „pustych kalorii”. |  |  |  |  |
| 14. | Masło i wzbogacane margaryny charakteryzują się dużą zawartością witamin A i D. |  |  |  |  |
| 15. | Ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser twarogowy. |  |  |  |  |
| 16. | W podrobach występują znaczne ilości „złego” cholesterolu LDL. |  |  |  |  |
| 17. | Węglowodany złożone należy w diecie zastępować cukrami prostymi. |  |  |  |  |
| 18. | Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie. |  |  |  |  |
| 19. | Niedostateczne spożycie witaminy PP może wywołać zapalenie skóry i biegunki. |  |  |  |  |
| 20. | Przebywanie na słońcu sprzyja wytwarzaniu witaminy D w organizmie. |  |  |  |  |
| 21. | Fosfor jest składnikiem tkanki nerwowej. |  |  |  |  |
| 22. | Stosunek wapnia do fosforu w prawidłowej diecie powinien wynosić 1:1. |  |  |  |  |
| 23. | Spożywanie owoców obfitujących w witaminę C zwiększa przyswajalność żelaza. |  |  |  |  |
| 24. | Rozpoczęcie gotowania warzyw w zimnej wodzie sprzyja zachowaniu ich wartości odżywczej. |  |  |  |  |
| 25. | Słodycze i tłuszcze zwierzęce wyróżniają się dużą gęstością odżywczą. |  |  |  |  |
| Suma punktów: | |  |  |  |  |

Odpowiedź poprawna – 1 pkt.

Odpowiedź błędna – 0 pkt.

Odpowiedź "Nie mam zdania" – 0 pkt.

Suma punktów 0 – 8 pkt. – stan wiedzy niedostateczny

Suma punktów 9 – 16 punktów – stan wiedzy dostateczny

Suma punktów 17 – 25 punktów – stan wiedzy dobry

Załącznik nr 7

**UMOWA powierzenia przetwarzania danych osobowych, zwana dalej Umową**

zawarta w Gdyni w dniu .............................. r. pomiędzy:

**Szpitalami Pomorskimi Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** z siedzibą w Gdyni (81-519), ul. Powstania Styczniowego 1, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000492201, NIP 586-22-86-770, REGON 190141612, o kapitale zakładowym 172 650 500,00 zł,, reprezentowaną przez:

Jolantę Sobierańską- Grenda - Prezesa Zarządu,

Dariusza Nałęcza – Wiceprezesa Zarządu

zwanym dalej **Zamawiającym,**

a

.................................................................................................................................................................................

reprezentowanym przez:

.........................................................

zwanym dalej **Wykonawcą lub** **Podmiotem przetwarzającym**,

**§1**

**Definicje**

1. **Zamawiający** – Szpitale Pomorskie sp. z o.o., podmiot, który decyduje o celach i środkach przetwarzania danych osobowych w ramach realizowanego Projektu,
2. **Podmiot przetwarzający** – ............................................ ***(nazwa firmy)***, podmiot, któremu Zamawiający podpowierza dane osobowe.
3. **Projekt** – Projekt pt. „Zdążyć przed cukrzycą“ realizowany w ramach Poddziałania 5.4.2. Zdrowie na rynku pray na podstawie wniosku o dofinansowanie Projektu nr RPPM.05.04.02-22-0002/18 ,
4. **Uczestnik projektu** – uczestnik Projektu w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020,
5. **Zbiór danych** - każdy posiadający strukturę zestaw danych o charakterze osobowym, dostępnych według określonych kryteriów, niezależnie od tego, czy zestaw ten jest rozproszony lub podzielony funkcjonalnie, wskazany w Załączniku nr 12 do umowy podstawowej o wykonywanie świadczeń zdrowotnych z Wykonawcą,
6. **Przetwarzanie danych** - jakiekolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie.
7. **RODO** - Rozporządzenie PE - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 osobowych)
8. **Instytucja Zarządzająca** – Województwo Pomorskie.

**§2**

**PrzedmiotUmowy**

1. Zamawiającemu, na podstawie §21 ust. 9 umowy o dofinansowanie projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego 2014-2020 (numer umowy RPPM.05.04.02-22-0002/18-00 oraz art. 28 RODO, Instytucja Zarządzająca powierzyła przetwarzanie danych osobowych wraz z prawem do dalszego powierzenia przetwarzania danych osobowych podmiotom wykonującym zadania związane z udzieleniem wsparcia i realizacją Projektu, w tym w szczególności wykonywać badania ewaluacyjne.
2. W związku z realizacją umowy o dofinansowanie projektu oraz umowy nr ………………. z dnia ………………….. r. zawartej pomiędzy (**Szpitale Pomorskie Sp. z o. o.** ) a (……………………..) Zamawiający powierza Wykonawcy jako Podmiotowi przetwarzającemu, w trybie art. 28 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego w dalszej części „Rozporządzeniem”) dane osobowe do dalszego przetwarzania, na zasadach i w celu określonym w w/w Umowie w ramach zbioru „Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020“ wskazanym w Załączniku nr 12 do umowy podstawowej o wykonywanie świadczeń zdrowotnych z Wykonawcą.
3. Przetwarzanie danych odbywa się w siedzibie **Podmiotu przetwarzającego** w systemach informatycznych i w systemie tradycyjnym.
4. Wykonawca jest zobowiązany odebrać od każdego pacjenta (będącego jednocześnie uczestnikiem Projektu) oświadczenia, których wzory stanowią Załączniki nr 10 i 11 do Umowy podstawowej. Zmiana wzorów Załączników nie wymaga zmiany umowy. Oświadczenia przechowuje Zamawiający w swojej siedzibie lub innym miejscu, w którym zlokalizowane są dokumenty związane z Projektem do czasu zamknięcia Programu, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2034 r. Wykonawca zobowiązuje się do przekazania oryginałów oświadczeń potwierdzających kwalifikowalność pacjentów oraz udzielenia im świadczeń.

**§3**

**Zobowiązania Podmiotu przetwarzającego**

1. **Podmiot przetwarzający** zobowiązuje się przetwarzać powierzone dane wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w Umowie w zakresie niezbędnym do realizacji Projektu.
2. **Podmiot przetwarzający** nie decyduje o środkach i celach przetwarzania powierzonych danych osobowych.
3. **Podmiot przetwarzający**zobowiązuje się przed przystąpieniem do przetwarzania powierzonych danych, wdrożyć i utrzymywać przez czas przetwarzania obowiązujące przepisy prawne o ochronie danych osobowych, w szczególności zawarte w art. 32 Rozporządzenia PE i Rady UE 2016/679 z dnia 27.04.2016 (RODO). Za ich przestrzeganie ponosi odpowiedzialność jak Administrator.
4. **Podmiot przetwarzający** zapewnia wystarczające gwarancje wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane dotyczą. Jednocześnie zobowiązuje się do nieprzekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. **Podmiot przetwarzający** zobowiązuje się podejmować wszelkie środki techniczne i organizacyjne, aby zapewnić odpowiedni stopień bezpieczeństwa, w tym środki, o których mowa w art. 32 RODO, a dodatkowo środki określone w Regulaminie bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w aplikacji głównej centralnego systemu teleinformatycznego, którego aktualna wersja dostępna jest na stronie internetowej Programu www.rpo.pomorskie.eu
5. **Podmiot przetwarzający**zobowiązuje się do prowadzenia rejestru kategorii czynności przetwarzania (art. 30 RODO) i okazuje go na każde żądanie **Zamawiającego**.
6. **Podmiot przetwarzający**zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, danych, materiałów, dokumentów i danych osobowych otrzymanych od Zamawiającego lub bezpośrednio od uczestników Projektu i od współpracujących z nim osób oraz danych uzyskanych w jakikolwiek inny sposób, zamierzony czy przypadkowy w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej („dane poufne”) przekazanych do przetwarzania przez Zamawiającego, zarówno w czasie realizacji umowy, jak i po jej ustaniu. **Podmiot przetwarzający** oświadcza, że w związku ze zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody Zamawiającego w innym celu niż wykonanie Umowy, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa lub Umowy.
7. Do przetwarzania danych osobowych mogą być dopuszczeni jedynie pracownicy **Podmiotu przetwarzającego** posiadający upoważnieniedo przetwarzania danych osobowych. Wzór upoważnienia i odwołania takiego upoważnienia stanowią Załączniki nr 8 i 9 do umowy podstawowej o wykonywanie świadczeń zdrowotnych z Wykonawcą. Upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w zbiorze w ramach Centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych wydawane są na podstawie odpowiednich wniosków. Upoważnienia są ważne do dnia odwołania, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2028 r.
8. **Podmiot przetwarzający** zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Zamawiającego o jakimkolwiek żądaniu związanym z przetwarzanymi danymi osobowymi, otrzymanym od osób, których dane dotyczą, z jednoczesnym przesłaniem projektu udzielenia odpowiedzi na to żądanie. Jeżeli Zamawiający nie wniesie uwag do przygotowanej odpowiedzi w terminie 14 dni od daty jej otrzymania, **Podmiot przetwarzający** będzie uprawniony do wysłania odpowiedzi do osoby, której dane dotyczą, z zachowaniem terminów określonych w art. 12 RODO.
9. **Podmiot przetwarzający** jest zobowiązany do podjęcia wszelkich krokówsłużących do zachowania poufności danych osobowych przetwarzanych przez mających do nich dostęp pracowników upoważnionych do przetwarzania danych osobowych, w tym ochronę przed nieuprawnionym dostępem do nich i do sprzętu służacego ich przetwarzaniu oraz przed nieuprawnionym korzystaniem z tych danych i z tego sprzętu. **Podmiot przetwarzający** zobowiązuje się, uwzględniając charakter przetwarzania oraz dostępne mu informacje, pomagać Zamawiającemu oraz Instytucji Zarządzającej wywiązywać się z obowiązków określonych w art. 32-36 RODO.
10. **Podmiot przetwarzający** niezwłocznie informuje Zamawiającego o:
11. wszelkich przypadkach naruszenia tajemnicy danych osobowych lub o ich niewłaściwym użyciu oraz naruszeniu ochrony danych osobowych powierzonych do przetwarzania, co oznacza naruszenie bezpieczeństwa prowadzące do przypadkowego lub niezgodnego z prawem zniszczenia, utracenia, zmodyfikowania, nieuprawnionego ujawnenia lub nieuprawnionego dostępu do danych osobowych przesyłanych, przechowywanych lub w inny sposób przetwarzanych, oraz naruszeniu obowiązków dotyczących ochrony danych osobowych powierzonych do przetwarzania niniejszą umową. Zgłoszenie musi zawierać wszystkie elementy określone w art. 33 ust. 3. RODO oraz informacje umożliwiające określenie, czy naruszenie skutkujące wysokim ryzykiem naruszenia praw lub wolności osób fizycznych,
12. wszelkich czynnościach z własnym udziałem w sprawach dotyczących ochrony danych osobowych prowadzonych w szczególności przed Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych, organami nadzorczymi, urzędami państwowymi, policją lub przed sądem,
13. wynikach kontroli prowadzonych pzez podmioty uprawnione w zakresie przetwarzania danych osobowych wraz z informacją na temat zastosowania się do wydanych zaleceń.
14. Po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy z **Zamawiającym, Podmiot przetwarzający**zobowiązuje się niezwłocznie i trwale usunąć powierzone zbiory danych z wszystkich nośników, zarówno w wersji elektronicznej, jaki i papierowej wraz z dokumentacją towarzyszącą realizacji zadań zleconych przekazanych przez Zamawiającego z zachowaniem terminów usunięcia wskazanych w § 2 ust. 4 niniejszej umowy, chyba że przepisy prawa krajowego, prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych.
15. **Podmiot przetwarzający** zobowiązuje się do niezwłocznego (w ciągu 24 godzin od uzyskania wiedzy) poinformowania Zamawiającego o:

- jakimkolwiek naruszeniu ochrony danych osobowych – zgłoszenie powinno zawierać dane wskazane w art. 33 ust. 3 RODO,

- jakimkolwiek postępowaniu administracyjnym lub sądowym, decyzji administracyjnej, orzeczeniu, zapowiedzianych kontrolach i inspekcjach, jeśli dotyczą one danych osobowych powierzonych przez Zamawiającego.

**§4**

**Prawo kontroli**

1. **Podmiot przetwarzający** zobowiązuje się do udzielenia Zamawiającemu na każde jego żądanie informacji na temat przetwarzania danych osobowych, w tym informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia.
2. **Podmiot przetwarzający** umożliwi Zamawiającemu, ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej, lub podmiotom przez nie upoważnionym, w miejscach, w których są przetwarzane powierzone dane osobowe, dokonanie audytu lub kontroli zgodności przetwarzania powierzonych danych osobowych z umową, RODO, ustawą o ochronie danych lub z innymi przepisami prawa w zakresie zgodności z ochroną danych. Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia audytu lub kontroli powinno być przekazane **Podmiotowi przetwarzającemu** co najmniej w ciągu 3 dni kalendarzowych przed rozpoczęciem audytu lub kontroli.
3. W przypadku powzięcia przezZamawiającego, ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, lub Instytucję Zarzadzającą wiadomości o rażącym naruszeniu przez Podmiot przetwarzający obowiązków wynikających z umowy, RODO, ustawy o ochronie danych lub innych przepisów prawa w zakresie zgodności z ochroną danych, **Podmiot przetwarzający** umożliwi ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarzadzającej, lub podmiotom przez nich upoważnionym, dokonanie niezapowiedzianego audytu lub kontroli.
4. Kontrolerzy Zamawiającego, ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarzadzającej, lub podmiotów przez nich upoważnionych, mają w szczególnosci prawo do:
5. wstępu, w godzinach pracy Podmiotu przetwarzającego, za okazaniem imiennego upoważnienia, do pomieszczeń, w których jest zlokalizowany zbiór powierzonych do przetwarzania danych osobowych, i przeprowadzenia niezbędnych badań lub innych czynności kontrolnych w celu oceny zgodności przetwarzania danch osobowych z umową, RODO, ustawą o ochronie danych oraz z inymi przepisami prawa w zakresie zgodnosci z ochroną danych,
6. żądania złożenia pisemnych lub ustnych wyjaśnień przez pracowników w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego,
7. wglądu do wszelkich dokumentów i wszelkich danych mających bezpośredni związek z przedmiotem kontroli oraz sporządzania ich kopii,
8. przeprowadzania oględzin urządzeń i nośników służących do przetwarzania danych osobowych.
9. **Podmiot przetwarzający** zobowiązuje się zastosować do zaleceń dotyczących poprawy jakości zabezpieczenia powierzonych do przetwarzania danych osobowych oraz sposobu ich przetwarzania, sporzadzone w wyniku kontroli przeprowadzonych przez ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucję Zarządzającą lub przez podmioty przez nie upoważnione, w terminach określonych przez ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego lub Instytucję Zarządzającą.

**§5**

**Odpowiedzialności i kary**

**1.** **Podmiot przetwarzający** ponosi odpowiedzialność, tak wobec osób trzecich, jak i wobec Instytucji Zarządząjacej za szkody powstałe w związku z nieprzestrzeganiem RODO i innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego, dotyczącego ochrony danych osobowych oraz za przetwarzanie powierzonych danych osobowych niezgodnie z umową.

**§6**

**Obowiązywanie umowy**

**1.** **Zamawiający** może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku:

**a)** przetwarzania danych osobowych przez Podmiot przetwarzający w sposób niezgodny z umową;

**b)** wyrządzenia szkody przez **Podmiot przetwarzający** przy wykonaniu Umowy **Zamawiającemu** lub osobie, której dane **Podmiot przetwarzający** przetwarza na mocy umowy powierzenia,

**c)** wszczęcia przez organ nadzorczy postępowania przeciw **Podmiotowi przetwarzającemu** w związku z naruszeniem ochrony danych osobowych,

**d)** gdy pomimo zobowiązania **Podmiotu Przetwarzającego** do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli, nie usunie on ich w wyznaczonym terminie;

**e)** gdy **Podmiot przetwarzający** powierzył przetwarzanie danych osobowych innemu podmiotowi bez zgody **Zamawiającego.**

**§7**

**Postanowienia końcowe**

**1.** Strony zobowiązują się do dołożenia wszelkich starań w celu zapewnienia, aby środki łączności wykorzystywane do odbioru, przekazywania oraz przechowywania danych poufnych gwarantowały zabezpieczenie danych poufnych w tym w szczególności danych osobowych powierzonych do przetwarzania, przed dostępem osób trzecich nieupoważnionych do zapoznania się z ich treścią.

**2.** Wszelkie zmiany Umowy powinny być dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

**3.** W sprawach nieuregulowanych Umową, zastosowanie znajdują przepisy polskiego prawa, w tym Ustawy oraz Kodeksu Cywilnego.

**4.** Sądem właściwym dla rozpatrzenia sporów wynikających z niniejszej umowy będzie sąd właściwy Administratora danych.

**5.** Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

............................................... ……………...............................

**Podmiot przetwarzający Administrator danych**

**Załącznik nr 8 Wzór upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w zbiorze: „Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”**

**UPOWAŻNIENIE Nr …  
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Z dniem …………… *(należy wpisać datę)*, na podstawie art. 24 ust. 1 i art. 32 ust. 4 w związku z art. 29 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, upoważniam Pana/Panią[[1]](#footnote-1) ……………………………………………………………………… *(należy wpisać imię i nazwisko)* do przetwarzania danych osobowych objętych zbiorem „Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”.

Niniejsze upoważnienie nie upoważnia do udzielania dalszych upoważnień i wygasa z chwilą ustania Pana/Pani[[2]](#footnote-2) zatrudnienia w ……………………………………………………………………….. *(należy podać nazwę podmiotu)* lub z chwilą jego odwołania.

………………………………………………………………………..

(czytelny podpis, osoby upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z RODO, a także z dokumentami regulującymi kwestie bezpieczeństwa ochrony danych osobowych   
w …………………………………………………………………………. *(należy podać nazwę podmiotu)* i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczania, zarówno w okresie zatrudnienia w …………………………………………………………………………………… *(należy podać nazwę podmiotu),* jak też po jego ustaniu.

…………………………………………..

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Upoważnienie otrzymałem/am

…………………………………………..

(miejscowość, data, podpis)

**Załącznik nr 9 Wzór odwołania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w zbiorze: „Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”**

**ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA Nr …  
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Z dniem ………………… *(należy wpisać datę)*, na podstawie art. 24 ust. 1 i art. 32 ust. 4 w związku z art. 29 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, odwołuję upoważnienie Pana /Pani[[3]](#footnote-3) ……………………………………………………………………….. *(należy wpisać imię i nazwisko)* nr ………..… *(należy wpisać numer nadanego upoważnienia)* do  przetwarzania danych osobowych objętych zbiorem „Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020” wydane w dniu ……………………… *(należy wpisać datę nadania upoważnienia)*.

………………………………………………………………………..

(czytelny podpis osoby, upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień)

…………………………………………….

(miejscowość, data, podpis)

**Załącznik nr 10 Wzór oświadczenia uczestnika Projektu w odniesieniu do zbioru: „Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do Projektu „Zdążyć przed cukrzycą” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż w odniesieniu do zbioru: „Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”:

1. Administratorem moich danych osobowych będzie Zarząd Województwa Pomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej (IZ) dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020), mający siedzibę przy ul. Okopowej 21/27 w Gdańsku (80-810).
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych to e-mail: iod@pomorskie.eu lub tel. 58 32 68 518.
3. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. – moje dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020) i będą przetwarzane na podstawie:
4. 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 r.);
5. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1301/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i przepisów szczególnych dotyczących celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia” oraz w sprawie uchylenia rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013 r.);
6. 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 r.);
7. 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.);
8. Umowy Partnerstwa - dokumentu, zatwierdzonego przez Komisję Europejską w dniu 23 maja 2014 r., wyznaczającego kierunki interwencji funduszy europejskich w Polsce w latach   
   2014-2020 w ramach trzech polityk unijnych: Polityki Spójności, Wspólnej Polityki Rolnej i Wspólnej Polityki Rybołówstwa;
9. Kontraktu Terytorialnego dla Województwa Pomorskiego – umowy zawartej pomiędzy Rządem Polskim a Samorządem Województwa Pomorskiego w dniu 19 grudnia 2014 r., będącej wynikiem dwustronnych negocjacji. Stanowi zobowiązanie strony rządowej   
   i samorządowej do realizacji celów i przedsięwzięć priorytetowych, które mają istotne znaczenie zarówno dla rozwoju kraju, jaki i województwa, w perspektywie 2020 r., oraz określa sposób ich finansowania, koordynacji i realizacji.
10. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Zdążyć przed cukrzycą”, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno–promocyjnych w ramach RPO WP 2014-2020, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z RPO WP 2014-2020, współfinansowanego z EFS. Następnie moje dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów.
11. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez Instytucję Zarządzającą – Województwo Pomorskie, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk, oraz zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu Projekt - „Zdążyć przed cukrzycą” realizowany przez Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. w Gdyni oraz podmiotom, które świadczą usługi na jego rzecz, w związku z realizacją Projektu.
12. Odbiorcą moich danych osobowych będą:
    * + - 1. instytucje pośredniczące;
          2. podmioty świadczące usługi na rzecz Zarządu Województwa Pomorskiego w związku realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata   
             2014-2020, w szczególności podmioty realizujące badania ewaluacyjne.
          3. podmioty świadczące usługi związane z przetwarzaniem danych osobowych (np. dostawcom usług informatycznych).

Takie podmioty będą przetwarzać dane na podstawie umowy z Instytucją Zarządzającą i tylko zgodnie z jej poleceniami.

1. Moje dane będą przechowywane na czas realizacji Projektu, zgodnie z zachowaniem zasad trwałości, aż do czasu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów projektowych.
2. 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.
3. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
4. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia   
   lub ograniczenia przetwarzania.
5. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam,  
   iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.
6. Podanie moich danych osobowych jest niezbędne do realizacji ustawowych obowiązków IZ RPO WP związanych z procesem aplikowania o środki unijne i budżetu państwa oraz realizacji projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020. Jestem zobowiązany/a do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa w powyższym procesie.
7. Moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (nie ma profilowania).

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… | …………………………………………… |
| *(miejscowość i data)* | *(czytelny podpis uczestnika projektu)* |

**Załącznik nr 11 Wzór oświadczenia uczestnika Projektu w odniesieniu do zbioru: „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do Projektu: „Zdążyć przed cukrzycą” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy ds. rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Powierzającej, mający siedzibę przy ul. Wspólna 2/4 w Warszawie (00-926).

1. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych to e-mail: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl).
2. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. – moje dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020) i będą przetwarzane na podstawie:
3. 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 r.);
4. 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 r.);
5. 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 beneficjentem, beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
6. 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.);
7. Porozumienia w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych w ramach Centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014 – 2020 Nr RPPM/12/2015.
8. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Zdążyć przed cukrzycą”, w szczególności zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, sprawozdawczości   
   i raportowania w ramach RPO WP 2014-2020, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach RPO WP 2014-2020, współfinansowanego z EFS. Następnie moje dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów.
9. Moje dane osobowe będą powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Województwo Pomorskie, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk, oraz zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu Projekt - „Zdążyć przed cukrzycą” realizowany przez Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. w Gdyni oraz podmiotom, które świadczą usługi na jego rzecz, w związku z realizacją Projektu.
10. Odbiorcą moich danych osobowych będą:
11. instytucje pośredniczące;
12. podmioty świadczące usługi na rzecz Zarządu Województwa Pomorskiego w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata   
    2014-2020, w szczególności podmioty realizujące badania ewaluacyjne;
13. podmioty świadczące usługi związane z przetwarzaniem danych osobowych (np. dostawcom usług informatycznych).

Takie podmioty będą przetwarzać dane na podstawie umowy z Instytucją Zarządzającą i tylko zgodnie z jej poleceniami.

1. Moje dane będą przechowywane na czas realizacji Projektu, zgodnie z zachowaniem zasady trwałości, aż do czasu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów projektowych.
2. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia   
   lub ograniczenia przetwarzania.
3. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.
4. Podanie moich danych osobowych jest niezbędne do realizacji ustawowych obowiązków IZ RPO WP związanych z procesem aplikowania o środki unijne i budżetu państwa oraz realizacji projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020. Jestem zobowiązany/a do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa w powyższym procesie.
5. Moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (nie ma profilowania).

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………….. | ……………………………………… |
| (miejscowość i data) | (czytelny podpis uczestnika projektu) |

**Załącznik nr 12 Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania w zbiorach: „Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020” oraz „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”**

# Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

## **Dane pracowników zaangażowanych w przygotowanie i realizację projektów[[4]](#footnote-4)**

* imię, nazwisko;
* identyfikator użytkownika;
* adres e-mail;
* rodzaj użytkownika;
* miejsce pracy;
* telefon;
* nazwa wnioskodawcy/beneficjenta;
* stanowisko.

## **Dane współmałżonków osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą[[5]](#footnote-5)**

* imię i nazwisko współmałżonka;
* seria i nr dowodu osobistego współmałżonka (lub innego dokumentu tożsamości wraz z jego nazwą);
* numer ewidencyjny PESEL współmałżonka.

## **Uczestnicy szkoleń, konkursów, konferencji**

* imię;
* nazwisko;
* adres e-mail;
* nazwa instytucji/organizacji;
* telefon;
* stanowisko służbowe.

## **Dane dotyczące personelu projektu**

* imię;
* nazwisko;
* kraj;
* PESEL;
* forma zaangażowania;
* okres zaangażowania w projekcie;
* wymiar czasu pracy;
* stanowisko;
* adres:
* ulica;
* nr budynku;
* nr lokalu;
* kod pocztowy;
* miejscowość;
* nazwa banku i nr rachunku bankowego;
* kwota wynagrodzenia.

## **Dane oferentów i wykonawców**

* imię i nazwisko;
* NIP;
* PESEL;
* adres e-mail;
* nazwa instytucji/organizacji;
* telefon;
* stanowisko służbowe;

w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą lub spółki cywilnej:

* adres zamieszkania:
* imię i nazwisko;
* miejscowość;
* ulica;
* numer budynku;
* numer lokalu;
* kod pocztowy;
* nr rachunku bankowego;
* kwota wynagrodzenia.

## **Dane uczestników komisji przetargowych**

* imię i nazwisko;
* adres e-mail;
* nazwa instytucji/organizacji;
* telefon;
* stanowisko służbowe.

## **Dane uczestników indywidualnych**

* kraj;
* rodzaj uczestnika;
* nazwa instytucji;
* imię;
* nazwisko;
* PESEL;
* seria i numer dowodu osobistego;
* płeć;
* wiek w chwili przystępowania do projektu;
* wykształcenie;
* województwo;
* powiat;
* gmina;
* miejscowość;
* ulica;
* nr budynku;
* nr lokalu;
* kod pocztowy;
* obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA);
* telefon kontaktowy;
* adres e-mail;
* data rozpoczęcia udziału w projekcie;
* data zakończenia udziału w projekcie;
* status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu;
* planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia;
* wykonywany zawód;
* miejsce pracy;
* sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie;
* inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM – Inicjatywy na Rzecz Zatrudnienia Młodych);
* zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa;
* rodzaj przyznanego wsparcia;
* data rozpoczęcia udziału we wsparciu;
* data zakończenia udziału we wsparciu;
* data założenia działalności gospodarczej;
* kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej;
* PKD założonej działalności gospodarczej;
* osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań;
* osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu;
* osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu;
* osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej);
* przynależność do grupy docelowej zgodnie RPO WP 2014-2020/ zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu;
* nazwa banku i numer konta bankowego;
* data urodzenia;
* imiona rodziców/opiekunów;
* osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej;
* migrant;
* osoba obcego pochodzenia;
* osoba z niepełnosprawnościami;
* dane dotyczące zdrowia (szczegółowy zakres danych dotyczących zdrowia określony jest we wniosku o dofinansowanie realizacji projektu, który stanowi załącznik do umowy)[[6]](#footnote-6).

# Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych

## **Dane uczestników instytucjonalnych (osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą)**

* kraj;
* nazwa instytucji;
* NIP;
* typ instytucji;
* województwo;
* powiat;
* gmina;
* miejscowość;
* ulica;
* nr budynku;
* nr lokalu;
* kod pocztowy;
* obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA);
* telefon kontaktowy;
* adres e-mail;
* data rozpoczęcia udziału w projekcie;
* data zakończenia udziału w projekcie;
* czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji;
* rodzaj przyznanego wsparcia;
* data rozpoczęcia udziału we wsparciu;
* data zakończenia udziału we wsparciu.

## **Dane uczestników indywidualnych**

* kraj;
* rodzaj uczestnika;
* nazwa instytucji;
* imię;
* nazwisko;
* PESEL;
* płeć;
* wiek w chwili przystąpienia do projektu;
* wykształcenie;
* województwo;
* powiat;
* gmina;
* miejscowość;
* ulica;
* nr budynku;
* nr lokalu;
* kod pocztowy;
* obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA);
* telefon kontaktowy;
* adres e-mail;
* data rozpoczęcia udziału w projekcie;
* data zakończenia udziału w projekcie;
* status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu;
* planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia;
* wykonywany zawód;
* zatrudniony w (miejsce zatrudnienia);
* sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie;
* inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM – Inicjatywy na rzecz Zatrudnienia Młodych);
* zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa;
* rodzaj przyznanego wsparcia;
* data rozpoczęcia udziału we wsparciu;
* data zakończenia udziału we wsparciu;
* data założenia działalności gospodarczej;
* kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej;
* PKD założonej działalności gospodarczej;
* osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia;
* osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań;
* osoba z niepełnosprawnościami;
* osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących;
* w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu;
* osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu;
* osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej).

## **Dane dotyczące personelu projektu[[7]](#footnote-7)**

* imię;
* nazwisko;
* kraj;
* PESEL;
* forma zaangażowania;
* okres zaangażowania w projekcie;
* wymiar czasu pracy;
* stanowisko;
* adres:
* ulica;
* nr budynku;
* nr lokalu;
* kod pocztowy;
* miejscowość;
* nr rachunku bankowego;
* kwota wynagrodzenia.

## **Osoby fizyczne i osoby prowadzące działalność gospodarczą, których dane będą przetwarzane w związku z badaniem kwalifikowalności środków w projekcie[[8]](#footnote-8)**

* nazwa wykonawcy;
* imię;
* nazwisko;
* kraj;
* NIP ;
* PESEL;
* adres:
* ulica;
* nr budynku;
* nr lokalu;
* kod pocztowy;
* miejscowość;
* nr rachunku bankowego;
* kwota wynagrodzenia.

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. W *przypadku projektów partnerskich oraz projektów, w ramach których uczestniczą inne instytucje zaangażowane w realizację projektu (np. realizator).* [↑](#footnote-ref-4)
5. Jeśli dotyczy [↑](#footnote-ref-5)
6. Jeśli dotyczy [↑](#footnote-ref-6)
7. W *przypadku projektów partnerskich oraz projektów, w ramach których uczestniczą inne instytucje zaangażowane w realizację projektu (np. realizator).* [↑](#footnote-ref-7)
8. Jeśli dotyczy [↑](#footnote-ref-8)