

Załącznik nr 2

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI				
Dane osobowe kandydata/-ki do projektu				
IMIĘ				
NAZWISKO				
DATA I MIEJSCE URODZENIA				
PESEL				
WYKSZTAŁCENIE	☐ BRAK	☐ GIMNAZJALNE (ISCED 2) ★	☐ POMATURALNE (ISCED 4) ★ -ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym	
☐ PODSTAWOWE (ISCED 1) ★	☐ PONADGIMNAZJALNE (ISCED3) ★ (ukończone na poziomie szkoły średniej- liceum, technikum, szkoła zawodowa)		☐ WYŻSZE (ISCED 5-8) ★	
Dane teleadresowe kandydata/ki do projektu (miejsce zamieszkania w rozumieniu art.25 Kodeksu Cywilnego - miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu.				
ULICA				
NUMER DOMU/LOKALU				
MIEJSCOWOŚĆ				
POWIAT		GMINA		
KOD POCZTOWY		POCZTA		
WOJEWÓDZTWO				
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO				
E-MAIL				
STATUS NA RYNKU PRACY	☐ OSOBA BIERNA ZAWODOWO	☐ OSOBA PRACUJĄCA	☐ OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY	☐ OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY

★ Zgodnie z Międzynarodowym Standardem Klasyfikacji Kształcenia

DANE DOTYCZĄCE STATUSU NA RYNKU PRACY		
1. Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	☐ tak	☐ nie
2. Czy jest Pan/pani osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	☐ tak	☐ nie
2a. Czy jest Pan/Pani osobą długotrwale bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	☐ tak	☐ nie
3. Czy jest Pan/Pani osobą pracującą?	☐ tak	☐ nie
Jeśli jest Pan/i osobą pracującą proszę podać miejsce pracy:		
4. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w pkt. 3 proszę podać swój status na rynku pracy ☐ Jestem osobą pracującą w administracji rządowej ☐ Jestem osobą pracującą w administracji samorządowej ☐ Jestem osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie ☐ Jestem osobą pracującą w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie ☐ Jestem osobą pracującą w organizacji pozarządowej ☐ Jestem osobą prowadzącą działalność na własny rachunek ☐ Jestem osobą pracującą w POZ ☐ inna odpowiedź		
5. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 3 proszę podać wykonywany zawód; ☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej ☐ rolnik ☐ lekarz ☐ lekarz dentysta ☐ pielęgniarka/położna ☐ inny (jaki?).....		
6. Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem lub osobą obcego pochodzenia? (Istnieje możliwość odmowy podania danych)	☐ tak	☐ nie ☐ odmowa



7. Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkania?	☐ tak	☐ nie	
8. Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnościami? (Istnieje możliwość odmowy podania danych)	☐ tak	☐ nie	☐ odmowa
12. Czy jest Pan/Pani osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?(istnieje możliwość odmowy podania danych)	☐ tak	☐ nie	☐ odmowa
Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.			
Miejscowość i data	Czytelny podpis Kandydata		

Pieczęć przychodni:

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. „**Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi**” 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 (POWER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
- 3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi**” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach POWER.
 - 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwu Zdrowia ul. Miodowa 18, beneficjentowi realizującemu projekt – Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy ul. Roentgena 5. 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 POWER.
 - 5. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 - 6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
 - 7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 - 8. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty iod@pib-nio.pl
 - 9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 - 10. 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.

„Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”

Data badania:.....

.....
Pieczętka ośrodka

Ankieta dot. czynników ryzyka

Kwestionariusz dla osoby zgłaszającej się na badanie w ramach Programu Profilaktyki Nowotworów
Głowy i Szyi.

1. Imię:.....

2. Nazwisko:.....

3. PESEL:.....

4. Wykształcenie:

- ☐ podstawowe
- ☐ zawodowe
- ☐ średnie
- ☐ wyższe

5. Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy

- ☐ Umysłowa
- ☐ Fizyczna
- ☐ Nie pracuje zawodowo

6. Źródło informacji o badaniach wykonywanych w ramach programu profilaktyki nowotworów głowy i
szyi:

- ☐ media (TV, radia, prasa)
- ☐ lekarz POZ
- ☐ inne

7. Jakie objawy skłoniły Panią/ Pana do zgłoszenia się do lekarza?

- ☐ chrypka
- ☐ trudności w połykaniu
- ☐ pieczenie/ból jamy ustnej
- ☐ inne, jakie.....

8. Jak często odwiedza Pan/Pani gabinet stomatologiczny?

- ☐ Jeden raz na 6 miesięcy
- ☐ Raz w roku
- ☐ Rzadziej niż raz w roku

9. Ile razy dziennie myje Pan/Pani zęby

- ☐ Raz
- ☐ Dwa
- ☐ Trzy lub więcej
- ☐ Wcale nie myje

10. Jakiej pasty do zębów Pan/Pani używa

.....

11. Czy stosuje Pan/Pani dodatkowo niżej wymienione środki higieny jamy ustnej

- ☐ Nitkę dentystyczną
- ☐ Irygacje wodne (przy pomocy Waterpik)
- ☐ Szczoteczkę międzyzębową
- ☐ Płukanki jamy ustnej

12. Czy wystąpiły u Pana/Pani któreś z niżej wymienionych objawów, jeśli tak to które:

- ☐ Krwawienie dziąseł w czasie szczotkowania
- ☐ Samoistne krwawienie z dziąseł (podczas mówienia, jedzenia)
- ☐ Nieprzyjemny zapach z ust
- ☐ Znaczny obrzęk dziąseł
- ☐ Uczucie suchości w jamie ustnej (brak śliny)

13. Czy nosi Pan/Pani ruchome uzupełnienia protetyczne?

- ☐ Tak od ilu lat?.....
- ☐ Nie

14. Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara)

- ☐ Tak
- ☐ Nie

15. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali

- ☐ 1-5 papierosów
- ☐ 6-10 papierosów
- ☐ 11-15 papierosów
- ☐ powyżej 16 papierosów

16. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

17. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń?

.....
(proszę wpisać rok)

18. Czy w Pani/ Pana obecności w domu pali się tytoń?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

19. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?

- ☐ Tak Jakiej mocy/rodzaj.....
- ☐ Nie

20. Czy stosowała Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gumy do żucia, spray itd.)

.....

21. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

22. Jak często sięga Pan/Pani po wyroby alkoholowe?

- ☐ Codziennie
- ☐ 3-4 razy w tygodniu

- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ okazjonalnie

23. Liczba życiowych partnerów seksualnych:

- ☐ 1-3
- ☐ 3-7
- ☐ powyżej 7

24. Czy uprawia Pani/Pan seks oralny?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

25. Z iloma partnerami uprawiał Pan/Pani seks oralny?

- ☐ poniżej 3
- ☐ 3-7
- ☐ powyżej 7

26. Czy w rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) wystąpiła choroba nowotworowa?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

27. Czy w rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa głowy i szyi?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

28. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

29. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową głowy i szyi?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

30. Wiek w chwili rozpoznania nowotworu głowy i szyi:.....

Podpis i pieczęć lekarza

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

Tytuł projektu: „Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0010/16-00

Tytuł programu profilaktycznego: „Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi” realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, zgodnie z „Ogólnopolskim programem profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu- zgodna z wykazem stawek jednostkowych	
Imię i nazwisko uczestnika	
Pesel	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa przedmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	