



„Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób powyżej 50 roku życia i z określonych grup podwyższonego ryzyka”, realizowanym przez Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie  
RPMP.08.06.02-12-0328/20-00

**Kryteria kwalifikujące do udziału w badaniu\*:**

- osoba w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego;
- osoba w wieku 40-49 lat, która ma krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego;
- osoba w wieku 25-49 lat, z rodzin w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny HNPCC z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego. Członkowie takiej rodziny powinni mieć powtarzane kolonoskopie co 2–3 lata, chyba że badanie genetyczne wskaże, że u danej osoby nie ma mutacji genetycznych i że dana osoba może być zwolniona z wykonywania kontrolnych (nadzorczych) kolonoskopii;

**Kryteria wykluczające z udziału w badaniu:**

Objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego / kolonoskopia w ostatnich 10 latach (poza pacjentami z HNPCC).

*\*warunkiem niezbędnym do zakwalifikowania się do Projektu jest zaznaczenie jednej ze wskazanych opcji*

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI WSZYSTKIE BIAŁE POLA

I. Dane Uczestnika/Uczestniczki Projektu		
1	Imię (imiona)	
2	Nazwisko	
3	PESEL	
4	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu	
5	Płeć	<input type="radio"/> kobieta <input type="radio"/> mężczyzna
6	Wykształcenie	<input type="radio"/> wyższe (ISCED 5-8) <input type="radio"/> policealne (ISCED 4) <input type="radio"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="radio"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="radio"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="radio"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0)
II. Adres zamieszkania/dane kontaktowe		
7	Województwo	
8	Powiat	
9	Gmina	
10	Miejscowość	



11	Ulica	
12	Nr budynku	
13	Nr lokalu	
14	Kod pocztowy	
15	Telefon kontaktowy	
16	Adres e-mail	
<b>MIEJSCE PRACY / NAUKI</b> ( <i>miejsowość</i> ) (proszę uzupełnić jeśli jest inne niż miejsce zamieszkania)		<input type="radio"/> nie dotyczy <input type="radio"/> miejscowość: .....
<b>III. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu</b>		
Oświadczam, że jestem osobą (proszę zaznaczyć właściwe znakiem „X”) :		
17	<b>PRACUJĄCĄ</b>	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak, w tym: <input type="radio"/> osobą pracującą w administracji rządowej <input type="radio"/> osobą pracującą w administracji samorządowej <input type="radio"/> osobą pracującą w organizacji pozarządowej <input type="radio"/> osobą prowadzącą działalność na własny rachunek <input type="radio"/> osobą pracującą w MMŚP (zatrudnienie do 250 osób) <input type="radio"/> osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie (zatrudnienie powyżej 250 osób) <input type="radio"/> inne
18	Miejsce pracy i wykonywany zawód (dotyczy osób pracujących)	
19	<b>BIERNĄ ZAWODOWO</b> – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna -zarejestrowana lub nie w urzędzie pracy)	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak, w tym: <input type="radio"/> osobą uczącą się <input type="radio"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="radio"/> inne
22	<b>BEZROBOTNĄ ZAREJESTROWANĄ</b> w ewidencji urzędów pracy	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak, w tym <input type="radio"/> długotrwale (tj. powyżej 12 miesięcy)
23	<b>BEZROBOTNĄ NIEZAREJESTROWANĄ</b> w ewidencji urzędów pracy	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak, w tym <input type="radio"/> długotrwale (tj. powyżej 12 miesięcy)
<b>IV. Dane dodatkowe</b>		
28	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> odmawiam podania informacji
29	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie



30	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> odmawiam podania informacji  <input type="radio"/> tak (należy załączyć orzeczenie) w jakim stopniu: <input type="radio"/> lekkim <input type="radio"/> umiarkowanym <input type="radio"/> znacznym
31	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> odmawiam podania informacji

V. Specyficzne potrzeby wynikające z niepełnosprawności / niesamodzielności	
Czy potrzebuje Pan / Pani zapewnienia opieki opiekuna podczas badania kolonoskopowego ?	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Czy potrzebuje Pan / Pani zapewnienia opieki opiekuna osoby trzeciej podczas gdy Pan / Pani będzie na badaniu kolonoskopowym ?	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Czy potrzebuje Pan / Pani zapewnienia transportu zorganizowanego na badanie kolonoskopowe?	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Czy jest Pan / Pani zainteresowany rozliczeniem transportu na badanie kolonoskopowe własnym środkiem transportu?	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Gabinet zabiegowy bez barier architektonicznych	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Dostosowanie akustyczne	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Alternatywne formy przygotowania materiałów informacyjnych	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Inne:	

Oświadczam, że <u>nie</u> posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w badaniu kolonoskopowym:	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Źródło informacji o Projekcie (np. prasa, radio, telewizja, internet, plakaty, ulotki itp.):	
Proszę krótko opisać powody, dla których zdecydował/a się Pan(i) na udział w Projekcie: <input type="radio"/> profilaktyka <input type="radio"/> inne:	

.....  
Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy



## OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**RAK NA WSPAK – wsparcie profilaktyki w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego w województwie świętokrzyskim**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż: oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż: administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Małopolskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków; adres do korespondencji – ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków.

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa;
- 2) **moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Aktywizacja zawodowa Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne, z Europejskiego Funduszu Społecznego), w szczególności: udzielenia wsparcia, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje, sprawozdawczości, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji.**
- 3) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla **Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.**
- 4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, Beneficjentowi realizującemu projekt **Szpitalowi Specjalistycznemu im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków** oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji ww. Projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWM 2014 – 2020.
- 5) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów, o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 6) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w Projekcie.
- 7) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 8) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub adres poczty [dane.osobowe@zeromski-szpital.pl](mailto:dane.osobowe@zeromski-szpital.pl)
- 9) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Projektu oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 11) **Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie uczestnictwa w Projekcie.**
- 12) Zostałam(em) poinformowana(y), że **Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej - Europejskiego Funduszu Społecznego.**
- 13) **Jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi.**
- 14) **Wyrażam zgodę na wykonanie badania kolonoskopowego, w tym ze znieczuleniem. Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis osoby składającej  
Formularz Zgłoszeniowy (imię i nazwisko)