Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Żyj Zdrowo – edycja 2” – formularz rekrutacyjny

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROGRAMU „ŻYJ ZDROWO – EDYCJA 2”**

Program „Żyj Zdrowo – edycja 2” realizowany będzie w trzech gminach Powiatu Otwockiego. **Niniejszy formularz dotyczy zgłoszenia do Programu realizowanego na terenie gminy Sobienie-Jeziory w terminie od 06.04.2024 r. do 08.06.2024 r..** Udział w programie jest bezpłatny. Osoby, które zgłoszą chęć uczestnictwa i zostaną wybrane do udziału w programie będą uczestniczyć w spotkaniach oraz pozostałych aktywnościach w ramach programu zgodnie z harmonogramem, stanowiącym załącznik nr 2 do regulaminu.

**Prosimy o czytelne wypełnienie formularza**

1. **Dane uczestniczki/uczestnika:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię/Imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Płeć** |  |
| **Wiek w chwili przystępowania do Programu[[1]](#footnote-1)** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Nr telefonu** |  |

1. **Informacje o stanie zdrowia**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Tak /Nie** |
| Czy aktualne[[2]](#footnote-2) wyniki badań diagnostycznych/ zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia[[3]](#footnote-3) wskazują na konieczność wprowadzenia zmian stylu życia/odżywiania? |  |

**Oświadczam, że:**

1. Zostałem/łam poinformowany/a o współfinansowaniu Programu ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego w ramach Samorządowego Instrumentu Wsparcia Zdrowia Mazowszan „Mazowsze dla Zdrowia 2024”.

 ………………………………..…………..………………………

(podpis, miejscowość, data)

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Programie i w pełni go akceptuję.

………………………………..…………..………………………

(podpis, miejscowość, data)

1. Oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne z prawdą. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.

 ………………………………..…………..………………………

(podpis, miejscowość, data)

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym wrażliwych (o zdrowiu) przez Administratora Danych: Starostwo Powiatowe w Otwocku w celu rozpatrzenia mojego zgłoszenia oraz ewentualnego umożliwienia mi wzięcia udziału w Programie „Żyj Zdrowo – edycja 2” oraz jego rozliczenia. Wiem, że zgodę tę mogę w każdej chwili cofnąć, jednak bez wpływu na legalność przetwarzania danych do momentu wycofania zgody. Wiem, że wycofanie zgody będzie równoznaczne z rezygnacją z udziału w Programie.

 …………………………………..…………..………………………

(podpis, miejscowość, data)

1. Jednocześnie, oświadczam, że zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji na każdym etapie realizacji Programu oraz po jego zakończeniu, a zwłaszcza:
	1. informowania o zmianach istotnych danych osobowych: np. adresu zamieszkania, danych kontaktowych,
	2. w przypadku zaistnienia zmian w mojej sytuacji, tj. danych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym lub rezygnacji z udziału w Programie zobowiązuje się do pisemnego powiadomienia koordynatora Programu, ul. Komunardów 10, 05-402 Otwock, tel.: 22 600 71 54.
	3. uzupełniania niezbędnej dokumentacji, w tym: list obecności, wypełniania ankiet niezbędnych do procesu monitoringu i ewaluacji,
	4. udzielania niezbędnych informacji o osiąganych rezultatach na każdym etapie Programu.

 …………………………………..…………..………………………

(podpis, miejscowość, data)

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA UCZESTNIKÓW PROGRAMU**

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej „RODO”):

1. **ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH**
2. Administratorem danych osobowych decydującym o celach i sposobie przetwarzania danych jest Starostwo Powiatowe w Otwocku z siedzibą przy ul. Górna 13, 05-400 Otwock NIP: 5322008671,
REGON: 013268681.
3. W sprawie ochrony swoich danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email: iod@powiat-otwocki.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora
4. **CELE I PODSTAWY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**
5. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procedury naboru i organizacji Pani/Pana uczestnictwa w Programie „Żyj zdrowo – edycja 2” a także rozliczenia Programu na podstawie art. 6 ust.1. lit. b wykonanie umowy – akceptacja Regulaminu, art. 9 ust 2. lit. a (zgoda: dane wrażliwe- zdrowie), art. 6 ust. 1 lit. e wykonywanie zadań własnych Administratora wykonywanych w interesie publicznym, a także w razie wyrażenia dodatkowej zgody na przetwarzanie wizerunku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a (zgoda).
6. Jeżeli przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. **ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH**
	1. Odbiorcami Pani/Pana danych mogą być:
8. podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z Administratorem umowy powierzania przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające) wspierające Administratora w realizacji Programu „Żyj zdrowo – edycja 2”, w szczególności, Fundacja „W drodze po zdrowie”, z siedzibą w Warszawie oraz podmioty doradcze lub osoby upoważnione (pracownicy Administratora),
9. zewnętrzni administratorzy danych którym dane są udostępniane, np. radcowie prawni i adwokaci, podmioty prowadzące działalność kurierską lub pocztową.
	1. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG) ani nie będą podlegały zautomatyzowanemu profilowaniu.
10. **ZRÓDŁO I OKRES PRZECHOWYWANIA I PRZETWARZANIA DANYCH**

Pani/Pana dane osobowe zostały zebrane bezpośrednio od Pani/Pana i obejmują swoim zakresem dane podane w formularzu rekrutacyjnym oraz dane później przekazane w ramach uczestnictwa w Programie. Dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia udzielonej przez Województwo Mazowieckie pomocy finansowej na realizację zadania „Żyj Zdrowo – edycja 2” realizowanego w ramach Samorządowego Instrumentu Wsparcia Zdrowia Mazowszan „Mazowsze dla Zdrowia 2024” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji, a także realizacji celu, w jakim Administrator pozyskał od Pani/Pana na podstawie udzielonej przez Panią/Pana zgody.

1. **PRAWA PRZYSŁUGUJĄCE WZGLĘDEM DANYCH OSOBOWYCH**

Ma Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania a także prawo do ich przenoszenia, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Ma Pani/Pan również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa.

1. **WYMÓG/ DOBROWOLNOŚĆ PRZEKAZANIA DANYCH**
2. Podanie danych i wyrażenie zgody na ich przetwarzanie jest warunkiem koniecznym udziału w Programie, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w Programie.
3. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

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

 (miejscowość i data) (czytelny podpis uczestniczki/uczestnika)

**Wypełnia koordynator Programu**

**Uczestnik:**

 TAK – SPEŁNIA KRYTERIA KWALIFIKACYJNE do udziału w Programie

 NIE – NIE SPEŁNIA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH do udziału w Programie

……………………………………… ……………………………………………

 (miejscowość i data) (podpis)

1. Uczestnik/uczestniczka w momencie przystępowania do programu **musi mieć ukończone 18 lat.** [↑](#footnote-ref-1)
2. Wyniki badań oraz zaświadczenie, na podstawie których odbywać się będzie rekrutacja do Programu powinny być wykonane/wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed dniem zgłoszenia do Programu. [↑](#footnote-ref-2)
3. Wyniki badań diagnostycznych (morfologia, OB, glukoza, lipidogram, kreatynina, kwas moczowy, AST, ALT, TSH, witamina D) lub zaświadczenie należy dostarczyć na pierwsze spotkanie w ramach realizacji Programu. [↑](#footnote-ref-3)