

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE  
**szkolenie dla kadry medycznej**

REHABILITACJA SKUTECZNYM SPOSOBEM NA WALKĘ Z PRZEWLEKŁYMI CHOROBYMI UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO ORAZ UTRZYMANIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ.

## Spis treści

|   |   |
|---|---|
| § 1. Definicje.....                                     | 1 |
| § 2. Informacje o projekcie.....                        | 2 |
| § 3. Przebieg i kryteria rekrutacji.....                | 2 |
| § 4. Zakres wsparcia oferowanego w ramach projektu..... | 4 |
| § 5. Uprawnienia i obowiązki Uczestników Projektu.....  | 6 |
| § 6. Zasady rezygnacji z udziału w projekcie.....       | 7 |
| § 7. Zasady monitoringu i kontroli.....                 | 7 |
| § 8. Postanowienia końcowe.....                         | 7 |

### § 1. Definicje

1. **Projekt** – „Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostnow stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej” realizowany przez Ekovita sp. z o.o. i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, dla osi priorytetowej VIII. Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy: Działanie: 8.3. Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy. Poddziałanie: 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej.
2. **Beneficjent** – Ekovita sp. z o. o. ul. Klasztorna 23, 42-200 Częstochowa.
3. **Uczestnicy projektu** – mieszkańcy województwa śląskiego, spełniający kryteria rekrutacji określone w niniejszym Regulaminie.
4. **Biuro projektu** – Ekovita sp. z o. o. ul. Klasztorna 23, 42-200 Częstochowa.
5. **Punkty rekrutacyjne** – Ekovita sp. z o.o., ul. Klasztorna 23, 42-200 Częstochowa. Punkty rekrutacyjne są czynne w godzinach pracy placówki.

### § 2. Informacje o projekcie

1. Niniejszy Regulamin określa proces rekrutacji uczestników oraz zasady ich udziału w Projekcie.
2. Projekt jest realizowany **od 02-01-2020r. do 30-04-2022r.**

3. Celem głównym Projektu jest wzrost kwalifikacji personelu medycznego z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji chorób przewlekłych układu kostno- stawowego i mięśniowego, za pomocą działań szkoleniowych.
4. Dane osobowe pozyskane w procesie rekrutacji przetwarzane będą wyłącznie w celu realizacji projektu „**Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu.

### § 3. Przebieg i kryteria rekrutacji

1. Do Projektu mogą zgłaszać się osoby, fizjoterapeuci zatrudnieni u wnioskodawcy w ramach umów o pracę które mieszkają na obszarze województwa śląskiego, aktywne zawodowo lub deklarujące gotowość do podjęcia zatrudnienia, w okresie udzielanego wsparcia.
2. Do Projektu mogą również zgłaszać się osoby wymienione w § 3 pkt 1, które posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
3. W celu zgłoszenia do Projektu należy dostarczyć do wybranego punktu rekrutacyjnego, określonego w § 1 pkt 5 wypełnione i podpisane dokumenty rekrutacyjne, czyli:
  - a) Ankietę uczestnika/uczestniczki projektu/Formularz zgłoszeniowy (oświadczenie dotyczące wieku, płci, ewentualnej niepełnosprawności, miejsca zamieszkania) wraz z zaświadczeniem lub oświadczeniem o zatrudnieniu w Ekovita Sp. z o.o. oraz NPWZ;
  - b) Oświadczenie o akceptacji regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
  - c) Dokument tożsamości do wglądu.
4. Dokumenty rekrutacyjne dostępne są do pobrania w wybranych punktach rekrutacyjnych, określonych w § 1 pkt 5 w wersji papierowej, jak również na stronie internetowej Beneficjenta:  
[www.ekovita.net/programy](http://www.ekovita.net/programy).
5. Przystąpienie do procesu rekrutacji oznacza pełną akceptację niniejszego Regulaminu.
6. Rekrutacja będzie prowadzona w sposób ciągły do momentu osiągnięcia odpowiedniej grupy uczestników, nie dłużej niż **do 30.10.2020**
7. Wszystkie wymagane dokumenty zgłoszeniowe, należy wypełnić elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w języku polskim, we wszystkich wymaganych polach. W przypadku pól nie dotyczących Kandydata/Kandydatki należy wpisać „nie dotyczy”.
8. Wszystkie dokumenty muszą być podpisane pełnym imieniem i nazwiskiem Kandydata/Kandydatki wraz z podaniem daty sporządzenia dokumentu.
9. Kandydat/Kandydatka ma możliwość złożenia uzupełnień w dokumentacji zgłoszeniowej w terminie do 7dni roboczych licząc od dnia powiadomienia Kandydata w formie mailowej lub telefonicznej o takiej konieczności.

10. Niedostarczenie zaktualizowanych dokumentów w powyższym terminie traktowane będzie jako rezygnacja z uczestnictwa w Projekcie.
11. Dokumenty zgłoszeniowe uzupełnione zgodnie z Regulaminem, nie będą zwracane ani na etapie rekrutacji, ani po zakończeniu realizacji Projektu, ale będą przechowywane w siedzibie Beneficjenta, jako element dokumentacji projektowej i archiwizowane, zgodnie z rozporządzeniem o ochronie danych osobowych (RODO) oraz zapisem w umowie o dofinansowanie projektu, dotyczącym przechowywania dokumentacji, w którym Beneficjent zobowiązuje się przechowywać dokumentację przez okres pięciu lat począwszy od dnia zakończenia okresu realizacji projektu, przy czym Instytucja Zarządzająca może przedłużyć ten termin na dalszy czas oznaczony.
12. Dokumenty zgłoszeniowe nieuzupełnione zgodnie z Regulaminem, nie będą rozpatrywane i nie będą zwracane ani na etapie rekrutacji, ani po zakończeniu realizacji Projektu, ale będą przechowywane w siedzibie Beneficjenta, jako element dokumentacji projektowej i archiwizowane, zgodnie z rozporządzeniem o ochronie danych osobowych (RODO) oraz zapisem w umowie o dofinansowanie projektu, dotyczącym przechowywania dokumentacji, w którym Beneficjent zobowiązuje się przechowywać dokumentację przez okres pięciu lat począwszy od dnia zakończenia okresu realizacji projektu, przy czym Instytucja Zarządzająca może przedłużyć ten termin na dalszy czas oznaczony.
13. Beneficjent zastrzega sobie prawo takiego doboru Uczestników, aby możliwe było zrealizowanie rezultatów i wskaźników określonych we wniosku o dofinansowanie.
14. Analiza wniosków będzie prowadzona na podstawie punktacji przyznanej za każdy spełniony warunek, oraz dokumentacji złożonej na etapie rekrutacji, przy czym w pierwszej kolejności będą przyjmowani fizjoterapeuci zatrudnieni przez CR Ekovita z najwyższą liczbą punktów. Punkty będą przyznawane w systemie 0/1 (spełnia/nie spełnia). W procesie rekrutacji szczególnie uwzględnione będą osoby z niepełnosprawnościami - automatycznie zostaną przeniesione na początek listy uczestników (przy założeniu, że spełniają kryteria naboru określone w niniejszym Regulaminie).
15. Osoby, które z powodu braku miejsc nie zostały zakwalifikowane do udziału w Projekcie zostaną umieszczone na liście rezerwowej.
16. O przyjęciu do Projektu Kandydaci zostaną poinformowani drogą telefoniczną lub mailową na adres wskazany w formularzu zgłoszeniowym.
17. Uczestnik/Uczestniczka Projektu, który został zakwalifikowany do udziału w projekcie zobowiązany jest do podpisania Umowy uczestnictwa w Projekcie, zgodnie z wzorem stanowiącym Załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu (nie później niż w pierwszym dniu rozpoczęcia wsparcia).
18. W przypadku wygenerowania dodatkowych środków finansowych (oszczędności w budżecie projektu) i zgody Instytucji przyznającej środki, do Projektu mogą być zakwalifikowani uczestnicy ponad liczby opisywane w § 4.
19. Szkolenia realizowane będą zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony zdrowia, w szczególności z regulacjami dotyczącymi praw pacjenta opartymi o Evidence Based Medicine.

#### § 4. Zakres wsparcia oferowanego w ramach projektu:

1. Projekt jest dedykowany mieszkańcom województwa śląskiego, aktywnym zawodowo lub deklarującym gotowość do podjęcia zatrudnienia, będącym uczestnikami Programu w latach 2019-2022.
2. Wsparciem zostanie objętych 12 osób ( kobiet i mężczyzn), które poprawią wiedzę z zakresu rehabilitacji osób z rozpoznanymi chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego.
3. Zakres usług określonych w § 4 pkt 2 stanowią:

##### 3.1. szkolenie dla kadry medycznej :

**Szkolenie dla kadry medycznej** realizowane przez organizatora posiadającego certyfikaty potwierdzające uprawnienia do przeprowadzenia szkoleń ww. tematyce. Szkolenie prowadzone będzie przez osoby wykonujące zawody medyczne i mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w tym w szczególności doświadczone w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób przewlekłych układu kostno- stawowego i mięśniowego. Treści przekazywane w ramach szkolenia dotyczyły będą m. in. kompleksowości postępowania w rehabilitacji pacjentów z przewlekłymi chorobami układu ruchu, efektywnego łączenia farmakoterapii z metodami niefarmakologicznymi, najnowszych wytycznych i rekomendacji w zakresie omawianej tematyki, nowoczesnych metod fizjoterapii i terapii zajęciowej, stosowania kwestionariuszy i innych narzędzi oceny stanu zdrowia, a także konieczności uwzględniania psychoedukacji w rehabilitacji ww. pacjentów.

Szkolenie realizowane będzie w trybie jednodniowym, obejmując łącznie co najmniej 8 godzin edukacyjnych ( 45- minutowych) w grupie max. 12 osobowych.

Uczestnik szkolenia otrzyma od realizatora materiały szkoleniowe niezbędne do przeprowadzenia zajęć.

W celu oceny efektywności szkolenia uczestnik wypełni anonimową ankietę, dotyczącą przekazywanych treści, obejmującą min. 20 pytań zamkniętych. Ankieta zostanie przeprowadzona przed szkoleniem w formie pre-testu oraz po szkoleniu w formie post-testu.

#### § 5. Uprawnienia i obowiązki Uczestników Projektu

1. Każdy Uczestnik ma prawo do:
  - bezpłatnych usług realizowanych w ramach zadań Projektu,
  - uzyskania rzetelnej informacji o zasadach udziału w Projekcie, przebiegu oraz wyniku badania,
  - zgłaszania do biura Projektu wszelkich uwag dotyczących sposobu realizacji Projektu.
2. Każdy Uczestnik zobowiązany jest do złożenia dokumentów rekrutacyjnych do Projektu, a także wypełnienia ankiet oceniających oraz innych dokumentów służących bezpośrednio monitoringowi, kontroli i ewaluacji Projektu.

3. Każdy Uczestnik zobowiązany jest do przestrzegania ustalonego czasu trwania przewidzianych w ramach Projektu form wsparcia.
4. Każdy Uczestnik zobowiązany jest do przekazywania danych dotyczących swojej sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu tj. do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie.
5. Uczestnik zobowiązany jest do natychmiastowego poinformowania beneficjenta o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić uczestnictwo w Projekcie.
6. Każdy Uczestnik jest zobowiązany do zwrotu kosztów swojego uczestnictwa w Projekcie, jeżeli po zaakceptowaniu złożonej przez Uczestnika dokumentacji rekrutacyjnej uczestnik bez uzasadnionej obiektywnie przyczyny zrezygnuje z uczestnictwa w Projekcie.

#### **§ 6. Zasady rezygnacji z udziału w projekcie**

1. W trakcie realizacji projektu (pomiędzy złożeniem dokumentów a ostatnią usługą) dopuszczalna jest rezygnacja uczestnika z udziału w projekcie, ale wymaga usprawiedliwienia w formie pisemnego oświadczenia o przyczynie rezygnacji w przypadku, gdy rezygnacja nastąpiła z ważnych powodów wynikających z:
  - a) działania siły wyższej;
  - b) ważnych obiektywnie przyczyn osobistych (losowych);
  - c) przyczyn natury zdrowotnej, uniemożliwiających dalsze korzystanie ze wsparcia przewidzianego w projekcie (np. długotrwała hospitalizacja).
2. Biuro projektu posiada prawo skreślenia uczestnika z listy uczestników w przypadku naruszenia przez niego niniejszego regulaminu, szczególnie gdy:
  - a) narusza postanowienia niniejszego Regulaminu;
  - b) poda fałszywe informację w dokumentacji projektowej;
  - c) nie przestrzega zasad uczestnictwa zawartych w Umowie uczestnictwa.
3. W przypadku rezygnacji z projektu w trakcie udzielenia pierwszego elementu wsparcia bez podania przyczyny lub pisemnego usprawiedliwienia przyczyn rezygnacji Uczestnik/Uczestniczka będzie zobowiązany do pokrycia pełnej kwoty przeznaczonej na wsparcie dla uczestnika projektu.

#### **§ 7. Zasady monitoringu i kontroli**

1. Uczestnicy podlegają procesowi monitoringu i ewaluacji.
2. Uczestnicy zobowiązani są do wypełnienia wszystkich dokumentów podlegających monitoringowi i ewaluacji w ramach Projektu.

3. Uczestnik zobowiązany jest do udzielenia informacji na temat realizacji Projektu osobom i instytucjom zewnętrznym upoważnionym do przeprowadzania kontroli Projektu.

#### § 8. Postanowienia końcowe

1. Regulamin rekrutacji wchodzi w życie z dniem **11 lutego 2020r.**
2. Beneficjent zastrzega sobie prawo zmiany Regulaminu w sytuacji zmiany wytycznych lub dokumentów programowych.
3. Wszelkie sprawy związane z interpretacją Regulaminu rozstrzygane są przez V-ce Prezes Zarządu Ekovita sp. z o.o. Karolinę Karwowską.
4. Nadzór nad realizacją Projektu, a także rozstrzyganie spraw nieuregulowanych w regulaminie należy do V-ce Prezes Zarządu Ekovita sp. z o.o. -Karoliny Karwowskiej.

#### ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik nr 1: Ankieta uczestnictwa w projekcie/Formularz rekrutacyjny Uczestnika/Uczestniczki

Załącznik nr 2: Oświadczenie Kandydata o zapoznaniu się i akceptacji Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

Załącznik nr 3: Oświadczenie Uczestnika/Uczestniczki projektu dotyczące ochrony danych osobowych

Załącznik nr 4: Umowa uczestnictwa w Projekcie

*Karolina Karwowska*  
*11,02,2020*

**ANKIETA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE /  
FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI**

REHABILITACJA SKUTECZNYM SPOSOBEM NA WALKĘ Z PRZEWLEKŁYMI CHOROBAМИ  
UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO ORAZ UTRZYMANIE AKTYWNOŚCI  
ZAWODOWEJ.

| WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE |             |
|---------------------------------------|-------------|
| NR FORMULARZA                         | DATA WPŁYWU |
|                                       |             |

**UWAGA !!!!**

Niniejszy formularz należy wypełnić drukowanymi literami w języku polskim we wszystkich wymaganych polach – zgodnie z zasadami zapisanymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

**CZEŚĆ A, B – WYPEŁNIA UCZESTNIK/CZKA  
CZEŚĆ C – WYPEŁNIA KOORDYNATOR PROJEKTU**

**CZEŚĆ A – DANE KANDYDATA/KANDYDATKI**

| LP |  | IMIĘ           |                      |
|----|--|----------------|----------------------|
| 1. | <b>DANE PODSTAWOWE<br/>UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI</b> | NAZWISKO       |                      |
|    |  | DATA URODZENIA |                      |
|    |  | PESEL          |                      |
|    |  | PŁEĆ           | mężczyzna<br>kobieta |
|    |  | ULICA          |                      |
| 2. | <b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>                          | NR DOMU        |                      |
|    |  | NR MIESZKANIA  |                      |
|    |  | MIEJSCOWOŚĆ    |                      |
|    |  | KOD POCZTOWY   |                      |
|    |  | GMINA          |                      |

|    |   |   |  |
|----|---|---|--|
|    |   | POWIAT  |  |
|    |   | WOJEWÓDZTWO   |  |
| 3. | <b>ADRES DO KORESPONDENCJI<br/>(INNY NIŻ ZAMIESZKANIA, jeśli jest)</b>  | ULICA   |  |
|    |   | NR DOMU   |  |
|    |   | NR MIESZKANIA   |  |
|    |   | MIEJSCOWOŚĆ   |  |
|    |   | KOD POCZTOWY  |  |
|    |   | GMINA   |  |
|    |   | POWIAT  |  |
|    |   | WOJEWÓDZTWO   |  |
| 4. | <b>DANE KONTAKTOWE<br/>(INNE NIŻ ADRES)</b>   | NR TELEFONU <sup>1</sup>  |  |
|    |   | ADRES E-MAIL  |  |
| 5. | <b>WYKSZTAŁCENIE</b> (należy zaznaczyć najwyższy posiadany poziom wykształcenia)  | podstawowe<br>niższe niż podstawowe <sup>2</sup><br>gimnazjalne<br>ponadgimnazjalne<br>policealne <sup>3</sup><br>wyższe <sup>4</sup> |  |
| 6. | <b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W<br/>CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO<br/>PROJEKTU<br/>(na dzień podpisania formularza<br/>rekrutacyjnego)</b> | osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  |  |
|    |   | osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <sup>5</sup>  |  |
|    |   | osoba bierna zawodowo <sup>6</sup>  |  |
|    |   | osoba pracująca <sup>7</sup>  |  |
| 7. | <b>W PRZYPADKU OSOBY PRACUJĄCEJ</b>   | zawód wykonywany:<br>.....  |  |
| 8. | <b>ZATRUDNIONY/ ZATRUDNIONA W<br/>(należy wpisać nazwę<br/>przedsiębiorstwa lub instytucji)</b>                                       | NAZWA<br>PRZEDSIĘBIORSTWA   |  |
|    |   | NIP   |  |

<sup>1</sup> (Pole obowiązkowe! W przypadku braku osobistego numeru telefonu, należy wskazać numer należący do innej osoby, która umożliwi nawiązanie kontaktu z Kandydatem)

<sup>2</sup> Osoba, która nie posiada wykształcenia podstawowego w zależności od tego, czy ukończyła zwyczajowo przyjęty wiek na zakończenie edukacji na poziomie wykształcenia podstawowego: a) osoba, która posiada wiek poniżej zwyczajowo przyjętego wieku na zakończenie edukacji na poziomie podstawowym, powinna być przypisana do poziomu wykształcenia podstawowego; b) osoba, która posiada wiek powyżej zwyczajowo przyjętego wieku na zakończenie edukacji na poziomie wykształcenia podstawowego, powinna być przypisana do poziomu wykształcenia niższego niż podstawowe.

<sup>3</sup> Wykształcenie „pomaturalne” –osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych,

<sup>4</sup> Wykształcenie wyższe -osoby, które posiadają wykształcenie wyższe (uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora), także osoby, które ukończyły studia podyplomowe.

<sup>5</sup> Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia; w tym osoba, która nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego.

<sup>6</sup> Za bierne zawodowo uznaje się m.in. osoby przebywające na urlopie wychowawczym; studentów studiów stacjonarnych.

<sup>7</sup> Za osoby pracujące uznaje się: a) osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową; b) członka rodziny bezpłatnie pomagającego osobie prowadzącej działalność gospodarczą; c) osobę przebywającą na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim; d) osobą zatrudnioną w ramach stosunku pracy.



|     |  |   |  |
|-----|--|---|--|
|     |  | ULICA   |  |
|     |  | NR LOKALU   |  |
|     |  | MIEJSCOWOŚĆ   |  |
|     |  | KOD POCZTOWY  |  |
|     |  | TELEFON KONTAKTOWY  |  |
|     |  | ADRES E-MAIL  |  |
| 9.  | OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI  | NIE<br>TAK<br>ODMOWA PODANIA INFORMACJI   |  |
| 10. | OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA | NIE<br>TAK<br>ODMOWA PODANIA INFORMACJI   |  |
| 11. | OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ                          | NIE<br>TAK  |  |
| 15. | OSOBA W INNEJ NIŻ W/W NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ                                  | NIE<br>TAK<br>ODMOWA PODANIA INFORMACJI   |  |
| 16. | OSOBA O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH WYMAGAJĄCA WSPARCIA ZE STRONY PLACÓWKI                   | NIE<br>TAK<br><i>Jeżeli tak, określić rodzaj szczególnych potrzeb (od 1 do 8) <sup>8</sup></i><br>osoba na wózku inwalidzkim, poruszająca się o kulach, o ograniczonej możliwości poruszania się;<br>osoba niewidoma lub słabowidząca;<br>osoba z niepełnosprawnością słuchu;<br>osoba głuchoniewidoma;<br>osoba z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną;<br>osoba starsza i osłabiona chorobami;<br>osoba mająca trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (także z rozumieniem języka pisanego albo mówionego);<br>osoba o nietypowym wzroście; |  |

## CZĘŚĆ B- KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE

### WYPEŁNIA UCZESTNIK – zaznaczyć „X” we właściwej odpowiedzi

<sup>8</sup> Osoby ze szczególnymi potrzebami są rozumiane zgodnie z zakresem dostępności, zdefiniowanym w Programie rządowym Dostępność Plus 2018-2025

|  | TAK | NIE |
|--|-----|-----|
| 1. Jestem mieszkańcem województwa Śląskiego  |     |     |
| 2. Jestem fizjoterapeutą w myśl przepisów KIF lub lekarzem rehabilitacji medycznej i posiadam NWPZ   |     |     |
| 4. Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest:<br>a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych(tj. Dz. U. z 2016 r.,poz. 2046z późn. zm.);<br>b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj.Dz. U. z 2017 r., poz. 882) |     |     |
| 5. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ (w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza)  |     |     |
| 6. Jestem osobą ze szczególnymi potrzebami rozumianymi zgodnie z zakresem dostępności, zdefiniowanym w Programie rządowym Dostępność Plus 2018-2025  |     |     |
| 8. Jestem osobą pracującą w Ekovita Sp. z o.o.   |     |     |

.....  
**DATA I CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU**

### CZĘŚĆ C - RODZAJ PRYZYCHANEGO WSPARCIA (wypełnia placówka)

| LP |  | RODZAJ PRYZYCHANEGO WSPARCIA  |
|----|--|---|
| 1. | <b>Szczegóły wsparcia dla delegujących i osób delegowanych do projektu (wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)</b> | usługa zdrowotna/medyczna<br>usługa zdrowotna/medyczna /konsultacja psychologiczna<br>szkolenie<br><br>Data rozpoczęcia udziału w projekcie:.....<br><br>Data zakończenia udziału w projekcie:..... |

## OŚWIADCZENIE

|    |                           |                                     |                      |
|----|---------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| LP |                           | IMIĘ<br>UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI     |                      |
| 1. | <b>Ja niżej podpisany</b> | NAZWISKO<br>UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI |                      |
|    |                           | DATA URODZENIA                      |                      |
|    |                           | PESEL                               |                      |
|    |                           | PŁEĆ                                | kobieta<br>mężczyzna |
|    |                           |                                     |                      |
| 2. | <b>ADRES ZAMIESZKANIA</b> | ULICA                               |                      |
|    |                           | NR DOMU                             |                      |
|    |                           | NR MIESZKANIA                       |                      |
|    |                           | MIEJSCOWOŚĆ                         |                      |
|    |                           | KOD POCZTOWY                        |                      |

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym ponadto,**

zapoznałem/łam się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej” realizowany przez Ekovita sp. z o.o. i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, dla osi priorytetowej VIII. Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy: Działanie: 8.3. Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy. Poddziałanie: 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu, o którym mowa wyżej i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu.

.....  
miejscowość i data

.....  
czytelny podpis uczestnika

## OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej**”, przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: [kancelaria@slaskie.pl](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: [bip.slaskie.pl](http://bip.slaskie.pl).
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](mailto:daneosobowe@slaskie.pl).
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane przez administratora w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
  - udzielenia wsparcia
  - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
  - monitoringu
  - ewaluacji
  - kontroli
  - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
  - sprawozdawczości
  - rozliczenia projektu
  - odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
  - zachowania trwałości projektu
  - archiwizacji
  - badań i analiz.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (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 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 – dalej: RODO), wynikający z:
  - a) art. 125 i 126 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
  - b) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Ekovita sp. z o.o..
- 6) 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. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z

realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.

- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) 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.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

- 1) W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
- 2) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
- 3) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS  
UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU*

\*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

Załącznik nr 4

## UMOWA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

### „Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej”

Zawarta w dn.:.....w Częstochowie pomiędzy:

Ekovita spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

ul. Klasztorna 23, 42-200 Częstochowa.

NIP: 5730302590, REGON: 008197574

reprezentowaną przez:

1. Karwowska Karolina – V-ce Prezes Zarządu Spółki

zwanym w dalszej części umowy „**Beneficjentem projektu**”

a

Panem/Panią:

(Imię i Nazwisko).....

(Adres zamieszkania).....

(nr PESEL).....

Zwanym w dalszej części umowy „**Uczestnikiem projektu**”

#### § 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udział w projekcie „**Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej**” realizowanego przez beneficjenta : Ekovita sp. z o. o. ul. Klasztorna 23, 42-200 Częstochowa w ramach projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, dla osi priorytetowej VIII. Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy: Działanie: 8.3. Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy. Poddziałanie: 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej.

2. Zasady uczestnictwa w projekcie zostały opisane w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, dostępnym na stronie internetowej beneficjenta oraz w biurze projektu.

#### § 2

1. Projekt jest realizowany zgodnie z założeniami RPZ dotyczącymi w/w projektu oraz współfinansowany w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

2. Okres realizacji projektu określa Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, dostępnym na stronie internetowej beneficjenta oraz w biurze projektu.

3. Czas realizacji przewidziany jest na okres od 01/01/2020 do 30/04/2022.
4. Wszystkie elementy wsparcia zapisane w Regulaminie odbywać się będą w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od 08.-19.00 oraz w soboty od 08.00 do 12.00 (min. 4 godziny, po ustaleniu indywidualnego harmonogramu form wsparcia).
5. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony. Data podpisania umowy stanowi datę rozpoczęcia udziału w w/w projekcie.
6. Za datę zakończenia udziału w projekcie uznaje się dzień, w którym uczestnik otrzymał ostatnią usługę w ramach zaplanowanej ścieżki wsparcia w projekcie.
7. Wszystkie usługi w projekcie są bezpłatne.

### § 3

1. Uczestnik projektu oświadcza, iż zapoznał się z treścią Regulaminu i zobowiązuje się do przestrzegania wszystkich jego warunków.
2. Uczestnik zobowiązuje się do poinformowania placówki o istotnych zmianach w dokumentacji złożonej w procesie rekrutacji.
3. Uczestnik wyraża zgodę na publikowanie swojego wizerunku w związku z realizacją projektu przez beneficjenta jedynie na potrzeby promocji lub udokumentowania faktycznie wykonanych działań w ramach projektu.

### § 4

W ramach projektu Uczestnik projektu nabywa prawo do następujących form wsparcia:

- **Szkolenie dla kadry medycznej** realizowane przez organizatora posiadającego certyfikaty potwierdzające uprawnienia do przeprowadzenia szkoleń ww. tematyce. Szkolenie prowadzone będzie przez osoby wykonujące zawody medyczne i mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w tym w szczególności doświadczone w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób przewlekłych układu kostno- stawowego i mięśniowego. Treści przekazywane w ramach szkolenia dotyczyły będą m. in. kompleksowości postępowania w rehabilitacji pacjentów z przewlekłymi chorobami układu ruchu, efektywnego łączenia farmakoterapii z metodami nefarmakologicznymi, najnowszych wytycznych i rekomendacji w zakresie omawianej tematyki, nowoczesnych metod fizjoterapii i terapii zajęciowej, stosowania kwestionariuszy i innych narzędzi oceny stanu zdrowia, a także konieczności uwzględniania psychoedukacji w rehabilitacji ww. pacjentów.
- Szkolenie realizowane będzie w trybie jednodniowym, obejmując łącznie co najmniej 8 godzin edukacyjnych ( 45- minutowych) w grupie max. 12 osobowej.
- Uczestnik szkolenia otrzyma od realizatora materiały szkoleniowe niezbędne do przeprowadzenia zajęć.
- W celu oceny efektywności szkolenia uczestnik wypełni anonimową ankietę, dotyczącą przekazywanych treści, obejmującą min. 20 pytań zamkniętych. Ankieta zostanie przeprowadzona



przed szkoleniem w formie pre-testu oraz po szkoleniu w formie post-testu.

- Udział we wszystkich formach wsparcia jest obowiązkowy oraz bezpłatny. Rezygnacja niezgodna z Regulaminem w trakcie trwania wsparcia bez podania przyczyny lub pisemnego usprawiedliwienia przyczyn rezygnacji zobowiązuje uczestnika do pokrycia pełnej kwoty przeznaczonej na wsparcie dla uczestnika projektu.

## § 5

Uczestnik zobowiązuje się do :

1. Złożenia dokumentów rekrutacyjnych do Projektu, a także wypełnienia ankiet oceniających oraz innych dokumentów służących bezpośrednio monitoringowi, kontroli i ewaluacji Projektu.
2. Przestrzegania ustalonego czasu trwania przewidzianych w ramach Projektu form wsparcia.
3. Przekazywania danych dotyczących swojej sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu tj. do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie.
4. Natychmiastowego poinformowania beneficjenta o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić uczestnictwo w Projekcie.
5. Zwrotu kosztów swojego uczestnictwa w Projekcie, jeżeli po zaakceptowaniu złożonej przez Uczestnika dokumentacji rekrutacyjnej (podpisanej umowy) uczestnik bez uzasadnionej obiektywnie przyczyny zrezygnuje z uczestnictwa w Projekcie.
6. Usprawiedliwienia nieobecności w formie pisemnej.
7. Kontynuowania zatrudnienia po zakończeniu wsparcia uzyskanego w ramach projektu przez min 12 miesięcy.
8. Uczestnik ma prawo do rezygnacji z udziału w projekcie, ale wymaga usprawiedliwienia w formie pisemnego oświadczenia o przyczynie rezygnacji w przypadku, gdy rezygnacja nastąpiła z ważnych powodów wynikających z:
  - działania siły wyższej;
  - ważnych obiektywnie przyczyn osobistych (losowych);
  - przyczyn natury zdrowotnej, uniemożliwiających dalsze korzystanie ze wsparcia przewidzianego w projekcie (np. długotrwała hospitalizacja).
9. Rezygnacja ze wsparcia zobowiązuje uczestnika do złożenia pisemnego oświadczenia o przyczynie rezygnacji w terminie do 3 dni od momentu zaistnienia sytuacji nie pozwalającej kontynuować uczestnictwo w programie. Do oświadczenia należy załączyć dokumenty potwierdzające w/w przyczynę.

## § 6

1. Uczestnik zobowiązuje się do zwrotu kosztów uczestnictwa w projekcie: tj. w przypadku wykluczenia uczestnika z którejkolwiek formy wsparcia. Wykluczenie może nastąpić:

- 1.1 w wyniku rezygnacji z powodów innych niż te, o których mowa w Regulaminie oraz niniejszej umowie, wynikające z winy uczestnika;
- 1.2 odmówienie, lub uchylanie się od jakiegokolwiek elementu wsparcia pomimo pisemnego upomnienia wysłanego przez Beneficjenta;
- 1.3 podanie fałszywych danych, lub danych niezgodnych z prawdą w dokumentach aplikacyjnych.

2. Wykluczenie uczestnika z projektu, oraz zwrot kosztów uczestnictwa będzie skuteczne od dnia doręczenia Uczestnikowi Projektu (na adres podany w dokumentach projektowych) pisemnego oświadczenia o wykluczeniu z projektu i wezwaniu do zapłaty.

## § 7

Wszelkie zmiany w umowie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności

## § 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie postanowienia Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz Kodeks Cywilny.

## § 9

Umowa została sporządzona w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednej dla każdej ze stron

.....  
miejsowość i data

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

.....  
miejsowość i data

.....  
CZYTELNY PODPIS BENEFICJENTA PROJEKTU