

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

**Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie  
pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na  
potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”  
realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,  
finansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia**

**§ 1.**

Słowniczek pojęć użytych w niniejszym regulaminie :

- 1) **projekt** – projekt pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia, Działanie nr 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, (nr projektu POWR.07.01.00-00-0001/22);
- 2) **kurs** – szkolenie realizowane w ramach projektu, którego celem jest podniesienie kwalifikacji i kompetencji zawodowych opiekunów medycznych, składający się z części teoretycznej, realizowanej w formie e-learningowej, oraz z części praktycznej;
- 3) **MZ - Lider projektu** - Departament Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
- 4) **CMKP - Partner projektu** - Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, organizator części teoretycznej kursu;
- 5) **organizator kursu** – podmiot wyłoniony w zamówieniu publicznym do realizacji części praktycznej kursu;
- 6) **regulamin** – niniejszy regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
- 7) **kandydat** – osoba deklarująca przystąpienie do projektu, zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie;
- 8) **uczestnik projektu** – osoba zakwalifikowana do udziału w projekcie, zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie,
- 9) **dokumenty rekrutacyjne** – dokumenty złożone przez kandydata lub uczestnika projektu, niezbędne do udziału w projekcie;
- 10) **decyzja o dofinansowaniu** – decyzja o dofinansowaniu projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, podjęta przez Ministra Zdrowia w dniu 27 maja 2022 r.;
- 11) **wytyczne** – aktualnie obowiązujące wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, publikowane na stronie internetowej: [www.funduszeuropejskie.gov.pl](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl)

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

## § 2.

### Informacje ogólne

1. Projekt pod nazwą „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie nr 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, nr projektu POWR.07.01.00-00-0001/22, realizowany w trybie pozakonkursowym przez Lidera oraz Partnera projektu.
2. Projekt realizowany jest w okresie: od 01.01.2022 r. do 31.12.2023 r.
3. Celem projektu jest podniesienie kwalifikacji 9300 opiekunów medycznych poprzez realizację kursu kwalifikacyjnego uzupełniającego wiedzę i umiejętności w zakresie kwalifikacji MED. 14 zawartej w podstawie programowej kształcenia, określonej w rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 27 stycznia 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego (Dz. U. poz. 211) oraz przygotowującego opiekunów medycznych do pracy z pacjentem z COVID-19 lub innymi chorobami zakaźnymi.
4. Uczestnik projektu otrzyma wsparcie w formie:
  - 1) bezpłatnego udziału w kursie kwalifikacyjnym;
  - 2) nieodpłatnych materiałów szkoleniowych;
  - 3) dofinansowania poniesionych kosztów podróży i noclegów związanych z udziałem w części praktycznej kursu, na zasadach przewidzianych w odrębnym [regulaminie](#);
  - 4) dofinansowania kosztów zakupu specjalistycznych podręczników, których lista jest określona w programie zatwierdzonym przez ministra właściwego ds. zdrowia, na zasadach przewidzianych w odrębnym [regulaminie](#);
  - 5) dofinansowania kosztów zakupu mobilnego urządzenia elektronicznego (tablet z dostępem do Internetu), umożliwiającego realizację części teoretycznej kursu kwalifikacyjnego przez uczestników w dowolnym miejscu i czasie, co usprawni proces kształcenia i wpłynie na szybsze osiągnięcie założonych wskaźników w projekcie.
5. Kurs kwalifikacyjny dla opiekunów medycznych, składa się z części teoretycznej (e-learningowej) organizowanej przez CMKP - Partnera projektu oraz z części praktycznej, przeprowadzonej przez podmioty zewnętrzne wyłonione przez MZ - Lidera projektu.
6. Kurs będzie realizowany w oparciu o program zatwierdzony przez ministra właściwego ds. zdrowia.
7. Od kandydata wymaga się:
  - 1) złożenia dokumentów rekrutacyjnych na zasadach wskazanych w **§ 3**;
  - 2) po otrzymaniu informacji o zakwalifikowaniu do projektu – zgłoszenia się na wybrany, preferowany, termin kursu na zasadach wskazanych w **§ 3, § 4 lub § 5**.
8. W ramach projektu kurs będzie organizowany w okresie do 03.12.2023 r.
9. Niniejszy regulamin może ulegać zmianom, w miarę potrzeb. O każdorazowej zmianie regulaminu kandydaci i uczestnicy projektu będą informowani za pomocą strony internetowej MZ – Lidera projektu: [www.zdrowie.gov.pl/power](http://www.zdrowie.gov.pl/power)

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

10. Ilekroć w regulaminie jest mowa o kandydacie/uczestniku projektu należy przez to rozumieć także kandydatkę/ uczestniczkę projektu.
11. Biuro projektu mieści się w budynku Ministerstwa Zdrowia przy ulicy Miodowej 15 w Warszawie, Departament Rozwoju Kadr Medycznych, pok. 249.

### § 3.

#### Warunki rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

1. W projekcie mogą brać udział opiekunowie medyczni z obszaru całego kraju, którzy rozpoczęli kształcenie w zawodzie opiekun medyczny przed dniem 1 września 2021 r. i uzyskali kwalifikacje w tym zawodzie, oraz są zatrudnieni w systemie ochrony zdrowia lub poza systemem ochrony zdrowia, lub są nieaktywni zawodowo.
2. Pierwszeństwo w rekrutacji do projektu mają opiekunowie medyczni udzielający gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, finansowanych z NFZ.
3. Rekrutację opiekunów medycznych do udziału w projekcie prowadzi MZ – Lider projektu.
4. Rekrutacja ma charakter otwarty i obejmuje:
  - 1) publikację na stronach internetowych MZ i CMKP informacji o otwarciu naboru do projektu;
  - 2) przyjmowanie dokumentów rekrutacyjnych, przekazanych do MZ – Lidera projektu osobiście, nadesłanych drogą pocztową lub za pośrednictwem narzędzia rekrutacyjnego;
  - 3) weryfikację nadesłanych dokumentów rekrutacyjnych;
  - 4) utworzenie listy uczestników projektu wraz z listą rezerwową;
  - 5) powiadomienie uczestników projektu drogą e-mailową o zakwalifikowaniu do udziału w projekcie.
5. Postępowanie rekrutacyjne przeprowadza się po dostarczeniu przez kandydata do MZ - Lidera projektu niżej wymienionych dokumentów rekrutacyjnych, w formie papierowej (osobiście lub pocztą) lub elektronicznej – za pośrednictwem informatycznego narzędzia rekrutacyjnego:
  - 1) formularza zgłoszeniowego z deklaracją uczestnictwa w projekcie (załącznik nr 1 do regulaminu);
  - 2) oświadczenia uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 2 do regulaminu);
  - 3) kopii:
    - dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny, lub
    - świadectwa potwierdzającego kwalifikację Z.4. Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej albo kwalifikację MS.04. Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej, lub
    - certyfikatu kwalifikacji MED.03. Świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej, lub
    - dyplomu zawodowego w zawodzie opiekun medyczny,z dopisanym oświadczeniem kandydata o zgodności kopii z oryginałem, o treści: „Oświadczam, że niniejsza kopia jest zgodna z oryginałem.” oraz datą i podpisem kandydata.
6. W przypadku zgłaszania się za pośrednictwem informatycznego narzędzia rekrutacyjnego, o którym mowa w ust. 5, kandydat wypełnia w postaci elektronicznej dokumenty, o których mowa

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

- w ust. 5 pkt 1 i 2 i zapisuje w formacie PDF. Dokumenty w formacie PDF oraz skan dokumentu, o którym mowa w ust. 5 pkt 3 opatruje kwalifikowanym podpisem elektronicznym w rozumieniu art. 78<sup>1</sup> ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1360, z późn. zm.), z zastrzeżeniem ust. 8.
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6, kandydat przesyła do MZ – Lidera projektu, w formie załączników, za pośrednictwem informatycznego narzędzia rekrutacyjnego.
  8. Wypełnienie dokumentów rekrutacyjnych przez kandydata jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podpisania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w projekcie. Konieczność podpisania tych dokumentów wynika z decyzji o dofinansowaniu oraz wytycznych.
  9. MZ – Lider projektu dokonuje oceny otrzymanych dokumentów rekrutacyjnych poprzez:
    - 1) weryfikację formalną – obejmującą sprawdzenie kompletności i poprawności wypełnienia dokumentów rekrutacyjnych;
    - 2) ocenę merytoryczną – polegającą na sprawdzeniu przynależności kandydata do grupy docelowej projektu, o której mowa w § 3 ust. 1.
  10. W uzasadnianych przypadkach MZ – Lider projektu może żądać od kandydata przedstawienia oryginału dokumentu, o którym mowa w ust. 5 pkt 3, do wglądu.
  11. Kandydat zakwalifikowany do udziału w projekcie otrzymuje z MZ - Lidera projektu potwierdzenie zakwalifikowania do projektu, które jest wysyłane na adres e-mail wskazany w dokumentach rekrutacyjnych.
  12. MZ – Lider projektu na bieżąco przekazuje CMKP - Partnerowi projektu, w sposób zapewniający bezpieczeństwo danych osobowych, listę uczestników projektu zawierającą następujące dane:
    - 1) imię i nazwisko;
    - 2) PESEL;
    - 3) adres zamieszkania;
    - 4) adres poczty elektronicznej;
    - 5) nr telefonu.
  13. Lista rezerwowa kandydatów zostanie utworzona w przypadku zgłoszenia się liczby kandydatów przekraczającej liczbę miejsc szkoleniowych zaplanowanych przez MZ – Lidera projektu. Kandydaci z listy rezerwowej zostaną zakwalifikowani do udziału w projekcie, zgodnie z zajmowanym miejscem na liście rezerwowej, w przypadku zwolnienia się miejsca szkoleniowego na kursie oraz zostaną poinformowani o zakwalifikowaniu do udziału w projekcie przez MZ – Lidera projektu za pomocą e-mail.
  14. Zasady rekrutacji są zgodne z polityką równości płci i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnoprprawnością oraz zasadą równych szans. Równy dostęp oznacza, że udział w projekcie zostanie umożliwiony – bez względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę lub pochodzenie etniczne, wyznawaną religię lub światopogląd, orientację seksualną oraz jakiegokolwiek inne cechy określające uczestnika projektu na płaszczyźnie pozamerytorycznej – wszystkim osobom w pełnym zakresie i na jednakowych zasadach.
  15. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i są przechowywane przez okres wymagany decyzją o dofinansowaniu dla prawidłowego rozliczenia projektu.

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

### **Udział w części teoretycznej kursu w formie e-learningowej organizowanej przez CMKP – Partnera projektu**

1. Harmonogram kursów e-learningowych zamieszczany jest na stronie internetowej CMKP – Partnera projektu oraz MZ – Lidera projektu.
2. Czas trwania każdej edycji kursu to 140 godzin dydaktycznych, realizowanych w dowolnym czasie, co do zasady, w ciągu 2 miesięcy od dnia uzyskania dostępu do kursu na platformie e-learningowej.
3. Uczestnicy projektu zgłaszają się na wybrany termin kursu e-learningowego po uprzednim założeniu profilu na stronie CMKP – Partnera projektu pod adresem: <https://kursy.cmkp.edu.pl/Account/Login>:
4. Informacje o zakwalifikowaniu na kurs e-learningowy wysyłane są bezpośrednio na profil uczestnika na platformie e-learningowej <https://kursy.cmkp.edu.pl/Account/Login>.
5. CMKP – Partner projektu sporządza listę uczestników projektu zakwalifikowanych na dany termin kursu e-learningowego.
6. Uczestnik projektu zapisany na kurs e-learningowy zobowiązany jest do zalogowania się na kurs poprzez platformę e-learningową: <https://med-learning.cmkp.edu.pl/> zgodnie z informacją o zakwalifikowaniu przesłaną do uczestnika projektu, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o otrzymaniu dostępu do kursu na platformie e-learningowej CMKP.
7. W przypadku braku możliwości udziału w kursie e-learningowym, uczestnik projektu jest zobowiązany do niezwłocznego poinformowania CMKP o tym fakcie drogą elektroniczną na adres wskazany przy danym kursie, wyłącznie przy użyciu adresu e-mail podanego przy założeniu profilu na stronie: <https://kursy.cmkp.edu.pl/Account/Login>.
8. Uczestnik kursu e-learningowego zobowiązany jest do zaliczenia testowego egzaminu teoretycznego w terminie wskazanym przy danym kursie przez CMKP.
9. Na uzasadniony wniosek uczestnika możliwe jest rozpatrywanie indywidualnych sytuacji związanych z realizacją i/lub zaliczeniem części teoretycznej kursu.
10. Z wykładów kursu e-learningowego zostaną sporządzone skrypty materiałów dydaktycznych dla uczestników projektu. Skrypty dostępne będą na platformie e-learningowej CMKP – Partnera projektu pod adresem <https://med-learning.cmkp.edu.pl/> do zakończenia okresu realizacji projektu.
11. Do udziału w kursach mogą się zgłaszać wyłącznie osoby, które zostały zakwalifikowane przez MZ – Lidera projektu do udziału w projekcie i uzyskały status uczestnika projektu.
12. CMKP – Partner projektu na bieżąco przekazuje do MZ – Lidera projektu, listę osób, które rozpoczęły część teoretyczną.

### **§ 5.**

#### **Zasady kwalifikacji i uczestnictwa w części praktycznej kursu**

1. Część praktyczna prowadzona jest przez podmioty (szkoły, placówki lub centra kształcenia zawodowego), prowadzące kształcenie w zawodzie opiekun medyczny, wyłonione w drodze zamówienia publicznego.
2. Wykaz podmiotów uprawnionych do realizacji części praktycznej w podziale na województwa zamieszczony będzie na stronie internetowej MZ – Lidera projektu oraz CMKP – Partnera projektu.

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

3. Część praktyczna kursu realizowana będzie zgodnie z przyjętym przez danego organizatora harmonogramem realizacji części praktycznej kursu.
4. Kwalifikację uczestników projektu do części praktycznej kursu prowadzi MZ – Lider projektu, na podstawie nadesłanych przez CMKP – Partnera projektu informacji o uczestnikach projektu, którzy rozpoczęli część teoretyczną kursu.
5. Uczestnicy projektu kwalifikowani są do części praktycznej kursu realizowanej na terenie województwa preferowanego na etapie rekrutacji do projektu. W sytuacji braku miejsc w preferowanym województwie uczestnicy projektu będą kwalifikowani do udziału w części praktycznej kursu w innym województwie, w możliwie bliskiej odległości od miejsca zamieszkania.
6. MZ – Lider projektu kwalifikuje uczestników do części praktycznej w podziale na organizatorów kursu i przekazuje listę uczestników kursu do przeszkolenia poszczególnym organizatorom kursu. Organizatorzy kursu informują uczestników kursu o dacie i miejscu jego rozpoczęcia oraz o szczegółowych zasadach odbywania kursu, w tym terminach realizacji części praktycznej kursu.
7. Uczestnik projektu zobowiązany jest uczestniczyć w części praktycznej kursu u organizatora kursu wskazanego przez MZ – Lidera projektu, w terminie określonym przez organizatora.
8. Uczestnik projektu zobowiązany jest do uczestniczenia we wszystkich zajęciach części praktycznej kursu. Dopuszcza się możliwość 30 % usprawiedliwionej nieobecności. W tym przypadku, uczestnik projektu zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia do organizatora kursu pisemnego oświadczenia sporządzonego według wzoru, stanowiącego załącznik nr 3 do regulaminu.
9. Nieobecność na części praktycznej kursu powyżej 30 % wymiaru godzin skutkuje brakiem możliwości zaliczenia części praktycznej kursu.
10. Warunki zaliczenia części praktycznej zostały określone w programie kursu zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
11. Na uzasadniony wniosek możliwe jest rozpatrywanie indywidualnych sytuacji związanych z realizacją i/lub zaliczeniem części praktycznej kursu, przez organizatora kursu w porozumieniu z MZ – Liderem projektu.
12. Po zakończeniu części praktycznej kursu organizator kursu informuje MZ – Lidera projektu o osobach, które ukończyły część praktyczną kursu. Informacja otrzymana od organizatora kursu powinna zostać przekazana na listach uczestników kursu, które organizator kursu otrzymał od MZ – Lidera projektu, w terminie do 7 dni od zakończenia części praktycznej kursu.

## **§ 6.**

### **Zaświadczenia o ukończeniu kursu**

1. CMKP – Partner projektu wydaje uczestnikom projektu imienne zaświadczenia potwierdzające ukończenie kursu, pod warunkiem zrealizowania i zaliczenia części teoretycznej – e-learningowej oraz części praktycznej kursu.
2. CMKP – Partner projektu sporządza listę osób, które uzyskały zaświadczenie o ukończeniu kursu i przekazuje ją do MZ – Lidera projektu wraz z numerem edycji części teoretycznej kursu.

## **§ 7**

### **Prawa i obowiązki uczestnika projektu**

1. Uczestnik projektu ma prawo do:
  - 1) udziału w bezpłatnym kursie kwalifikacyjnym,

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

- 2) ubiegania się w CMKP o dofinansowanie zakupu specjalistycznych podręczników na zasadach przewidzianych w odrębnym regulaminie;
  - 3) ubiegania się w CMKP o dofinansowanie kosztów podróży i noclegu, związanych z udziałem w części praktycznej kursu na zasadach przewidzianych w odrębnym regulaminie.
  - 4) ubiegania się w CMKP o dofinansowanie kosztów zakupu tabletu na potrzeby realizacji części e-learningowej kursu, na zasadach przewidzianych w odrębnym regulaminie
2. Uczestnik projektu zobowiązany jest do:
- 1) przestrzegania regulaminu;
  - 2) aktywnego udziału w kursie;
  - 3) zaliczenia egzaminu teoretycznego i egzaminu praktycznego w formie przewidzianej programem kursu;
  - 4) wypełniania formularzy przekazywanych przez organizatora kursu w związku z kontrolą realizacji projektu, wypełnienia anonimowej ankiety oceny kursu udostępnianej uczestnikom projektu;
  - 5) podania wszelkich niezbędnych danych służących do monitorowania realizacji projektu, również po zakończeniu udziału w projekcie;
  - 6) bieżącego informowania organizatora kursu o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić dalszy udział w projekcie;
  - 7) nienagrywania i nieutrwalania w jakikolwiek sposób zajęć dydaktycznych w ramach kursu. Uczestnicy projektu ponoszą pełną, indywidualną odpowiedzialność w przypadku nagrania, utrwalenia i rozpowszechniania nagrań z kursów, gdyż nagranie lub utrwalenie może stanowić naruszenie przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, przepisów dotyczących praw autorskich i praw pokrewnych, przepisów Kodeksu cywilnego oraz Kodeksu karnego;
  - 8) zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta, w szczególności gdy dokumentacja medyczna została udostępniona uczestnikom projektu do realizacji celów dydaktycznych według zasad określonych w obowiązujących przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z późn. zm.).
3. W przypadku gdy środki publiczne wynikające z dofinansowania projektu stanowią dla pracodawców, będących przedsiębiorcami, pomoc publiczną w rozumieniu art. 107 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, będzie ona udzielana jako pomoc de minimis zgodnie z warunkami określonymi rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. U. UE. L. z 2013 r. Nr 352, str. 1 z późn. zm.).
4. Pomoc, o której mowa w ust. 3, zgodnie z art. 3 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013, co do zasady, może być udzielana pracodawcy, będącemu przedsiębiorcą, jeżeli wartość brutto tej pomocy łącznie z wartością innej pomocy de minimis, otrzymanej przez tego pracodawcę w okresie trzech lat podatkowych, nie przekracza kwoty stanowiącej równowartość 200 000 euro brutto.

## § 8.

### Zasady rezygnacji z uczestnictwa w projekcie

1. Uczestnik projektu może zrezygnować z udziału w projekcie.

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

2. Rezygnacja z udziału w projekcie wymaga zgłoszenia w formie pisemnego oświadczenia albo oświadczenia opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, w terminie 7 dni od zaistnienia przyczyn powodujących konieczność rezygnacji z udziału w projekcie.
3. Organizator kursu może skreślić uczestnika projektu z listy uczestników projektu w przypadku:
  - 1) naruszenia przez uczestnika projektu postanowień regulaminu;
  - 2) nieuzasadnionej nieobecności podczas zajęć w ramach kursu;
  - 3) podania nieprawdziwych danych w dokumentach rekrutacyjnych.
4. W przypadku rezygnacji lub skreślenia z listy uczestników projektu, uczestnik projektu może być zobowiązany do zwrotu kosztów poniesionych przez MZ – Lidera Projektu lub CMKP – Partnera projektu lub podmiot zewnętrzny wraz z należnościami, w tym należnościami ubocznymi, poniesionymi na działania w ramach projektu dotyczącymi tego uczestnika projektu, w szczególności jeżeli rezygnacja uczestnika projektu skutkować będzie zwrotem dofinansowania na realizację projektu w całości lub w części przez MZ, CMKP lub podmiot zewnętrzny.

## § 9.

### Postanowienia końcowe

1. Każdy uczestnik projektu przed przystąpieniem do udziału w projekcie ma obowiązek zapoznania się z regulaminem.
2. Dane osobowe uczestników projektu będą przechowywane i przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
3. MZ – Lider projektu zastrzega sobie możliwość dokonywania zmiany regulaminu w każdym czasie, w szczególności w sytuacji zmiany decyzji o dofinansowaniu, wytycznych, warunków realizacji projektu, dokumentów programowych, które będą miały wpływ na treść postanowień Regulaminu. MZ – Lider projektu niezwłocznie poinformuje za pomocą strony internetowej uczestników projektu o każdorazowej jego zmianie.
4. Wszelkie zmiany regulaminu wymagają formy pisemnej.
5. Sprawy nieuregulowane regulaminem rozstrzygane są przez MZ – Lidera projektu w porozumieniu z CMKP – partnerem projektu. W przypadku braku porozumienia ostateczna interpretacja regulaminu należy do MZ – Lidera projektu w oparciu o wytyczne dla instytucji biorących udział we wdrażaniu Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
6. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

## § 10

### Załączniki do Regulaminu

1. Integralną część niniejszego Regulaminu stanowią następujące załączniki:
  - 1) Wzór formularza zgłoszeniowego z deklaracją uczestnictwa w projekcie;
  - 2) Wzór oświadczenia uczestnika projektu o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych;
  - 3) Wzór oświadczenia o usprawiedliwionej nieobecności na kursie.





Fundusze Europejskie  
Infrastruktura i Środowisko



Rzeczpospolita  
Polska



Ministerstwo  
Zdrowia

Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Z upoważnienia

Ewa Majsterek

Naczelnik

Wydział Kształcenia Pielęgniarek i Położnych

Departament Rozwoju Kadr Medycznych

Ministerstwo Zdrowia

Podpis CMKP – Partnera projektu

Podpis MZ – Lidera projektu

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik nr 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU NR POWR.07.01.00-00-0001/22**

„Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”

**NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI<sup>1</sup>**

**Grupa zawodowa:** Opiekun medyczny

Oświadczam, iż posiadam kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekun medyczny

**Preferowane województwo udziału w części praktycznej kursu (zaznacz właściwe):**

- dolnośląskie
- kujawsko-pomorskie
- lubelskie
- lubuskie
- łódzkie
- małopolskie
- mazowieckie
- opolskie
- podkarpackie
- podlaskie
- pomorskie
- śląskie
- świętokrzyskie
- warmińsko-mazurskie
- wielkopolskie
- zachodnio-pomorskie

**Pouczenie:** uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu cywilnego.

**1. Dane uczestnika**

Imię	
Nazwisko	
Nazwisko rodowe	
PESEL	

<sup>1</sup> W przypadku wypełniania dokumentacji odręcznie

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Wkształcenie posiadane (zaznaczyć właściwe)	<p><b>POZIOM WYKSZTAŁCENIA - TYPY SZKÓŁ:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 1 podstawowe - Szkoła podstawowa</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 2 gimnazjalne - Gimnazjum</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 3 ponadgimnazjalne - Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 4 policealne - Szkoły policealne</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 5 studia krótkiego cyklu - Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych (podlega MPiPS)</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 6 studia licencjackie lub odpowiedniki - Studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat),</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 7 studia podyplomowe studia magisterskie lub odpowiedniki - Studia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie (tytuł zawodowy: magister)</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 8 studia doktoranckie - Studia doktoranckie</p>
<b>2. Dane kontaktowe</b>	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica (bez ul. sama nazwa ulicy)	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
<b>3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>	

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

<p>Status na rynku pracy (zaznaczyć właściwe)</p>	<p><b>1) Osoba pracująca:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej</li><li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej</li><li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP</li><li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li><li><input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li><li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li><li><input type="checkbox"/> Inne .....</li></ul> <p><b>Nazwa i adres miejsca zatrudnienia:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Zaznacz właściwe (jeżeli dotyczy):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem zatrudniona/ny oraz udzielam świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia, finansowanych z NFZ.</li><li><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem zatrudniona/ny oraz udzielam świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w podmiotach niepublicznych prowadzących działalność tylko komercyjną (bez umowy z NFZ).</li></ul> <p><b>2) Osoba niepracująca</b> <input type="checkbox"/></p>
<p>Wykonywany zawód</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</li><li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</li><li><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</li><li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</li><li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</li><li><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integralności społecznej</li><li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji</li><li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</li><li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</li><li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodzin i pieczy zastępczej</li><li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji wsparcia ekonomii społecznej</li><li><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej</li><li><input type="checkbox"/> rolnik</li><li><input type="checkbox"/> inny (jaki) .....</li></ul>

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Czy w związku z powyższą informacją zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak (jakie) ..... <input type="checkbox"/> Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>4. Deklaracje, oświadczenia*</b>	

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE nr POWR.07.01.00-00-0001/22, pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” w ramach Działania 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Rozwoju Kadr Medycznych w partnerstwie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, finansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia, nr Projektu: POWR.07.01.00-00-0001/22-00, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Rozwoju Kadr Medycznych, w partnerstwie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
2. spełniam wszystkie wymogi formalne i akceptuję zasady udziału określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020;
4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest finansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych niezbędnych w procesie realizacji projektu;
6. zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników, prowadzonych przez MZ - Lidera projektu lub CMKP - Partnera projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
9. oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, załączone dokumenty oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Nadto:

- 1) Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie;
- 2) Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich szkoleniach w 100%;
- 3) Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich wymaganych dokumentów niezbędnych w procesie realizacji projektu, w tym m. in. list obecności;
- 4) Zostałem poinformowany o prawie bycia zapomnianym, sprostowania oraz zgłaszania naruszeń;
- 5) Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (nr telefonu) dla celów realizacji projektu;
- 6) W przypadku mojej rezygnacji (nawet częściowej) z udziału w projekcie z przyczyn

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

<p>niezaakceptowanych przez MZ – Lidera projektu lub w przypadku naruszenia przeze mnie postanowienia Regulaminu rekrutacji zobowiązuje się do zwrotu na rzecz Ministra Zdrowia całości lub części kosztów, w tym należności ubocznych, związanych ze wsparciem, które otrzymałem w ramach projektu.</p> <p>7) Jeżeli w trakcie trwania szkolenia realizowanego w ramach projektu bez uzasadnionych przyczyn nie podejmę podnoszenia kompetencji zawodowych lub przerwę podnoszenie tych kompetencji, zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez MZ – Lidera projektu z tytułu świadczeń na ten cel za okres do momentu uzyskania przez MZ- Lidera projektu wiedzy o zaniechaniu lub przerwaniu podnoszenia kompetencji przeze mnie.</p>	
<p><b>CZYTELNY PODPIS</b></p> <p><b>/podpisano elektronicznie/**</b></p> <p><b>**niepotrzebne skreślić</b></p>	<p>.....</p>
<p>Data</p>	

Załączniki:

1. Kopia dyplomu/świadectwa/certyfikatu potwierdzającego kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego
2. Oświadczenie uczestnika projektu

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik nr 2

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(uwzględnia 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. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” o nr **POWR.07.01.00-IP.05-00-0001/22**, przyjmuję do wiadomości, że:

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 (RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
  - 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 r. poz. 1431, 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 w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój” oraz „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Ministra Zdrowia, z siedzibą przy ul. Miodowej 15, 00-952 Warszawa**, beneficjentowi realizującemu projekt – **Departamentowi Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia** oraz podmiotowi, który na zlecenie beneficjenta uczestniczy w realizacji projektu **oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, z siedzibą przy ul. Marymonckiej 99/103, 01-813**



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

**Warszawa.** 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 PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.

6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. 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.
9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
12. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
13. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej [iod@mz.gov.pl](mailto:iod@mz.gov.pl) lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej [iod@mfiipr.gov.pl](mailto:iod@mfiipr.gov.pl).
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jeżeli spełnione są przesłanki określone w RODO.
15. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

**Załącznik nr 3**

Nr Kursu.....

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Oświadczanie o usprawiedliwionej nieobecności na części praktycznej kursu realizowanego w ramach projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”.

Niniejszym oświadczam, iż z przyczyn niezależnych ode mnie, tj. z powodu /proszę podać przyczynę nieobecności na Kursie/ .....

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

.....nie będę mogła/mógł wziąć w nim udziału \* / nie mogłam/mogłem wziąć w nim udziału \*.

Równocześnie oświadczam, że:

- 1) znane mi są warunki „REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia, Działanie Nr 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia w pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”;
- 2) jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i potwierdzam, że podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
Czytelny podpis, data

\*Niewłaściwe skreślić