

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE pn. Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego postępowania się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)

Słowniczek skrótów i pojęć użytych w niniejszym Regulaminie:

- 1) **Projekt** – projekt pn. „Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego postępowania się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”, realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś Priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.2 Działania pro-jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych (nr Projektu POWR.05.02.00-00-0004/20);
- 2) **MZ** - Departament Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, **Lider Projektu** będący podmiotem rekrutującym;
- 3) **CMKP** - Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, **Partner Projektu**;
- 4) **CeZ** – Centrum e-Zdrowia, ul. St. Dubois 5A, 00-184 Warszawa, **Partner Projektu**;
- 5) **Organizator szkolenia** – CMKP;
- 6) **Regulamin** – niniejszy regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie;
- 7) **Kandydat** – osoba deklarująca przystąpienie do Projektu na zasadach określonych Regulaminem;
- 8) **Uczestnik Projektu** – osoba zakwalifikowana do udziału w Projekcie, zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie;
- 9) **Szkolenie** – szkolenie e-learningowe oraz warsztaty w formie zdalnej (webinarów) realizowane przez Organizatora szkolenia w ramach Projektu, których celem jest podniesienie kwalifikacji i kompetencji zawodowych Uczestników Projektu;
- 10) **Dokumenty rekrutacyjne** – dokumenty wypełnione przez Uczestnika Projektu i złożone przez Uczestnika Projektu albo w jego imieniu, niezbędne do udziału w Projekcie;
- 11) **Decyzja o dofinansowaniu** – decyzja o dofinansowaniu Projektu (nr POWR.05.02.00-00-0004/20-00/1212/2021/51) w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, podjęta przez Ministra Zdrowia w dniu 26 marca 2021 r.;
- 12) **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);
- 13) **Biuro Projektu MZ** – Departament Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, 00-952

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Warszawa ul. Miodowa 15, adres e-mail: [ICD11Szkolenia@mz.gov.pl](mailto:ICD11Szkolenia@mz.gov.pl);

14) **Biuro Organizatora** - CMKP, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, telefon + 48 22 569 37 54, adres e-mail: [paulina.kowalska@cmkp.edu.pl](mailto:paulina.kowalska@cmkp.edu.pl);

15) **EFS** – Europejski Fundusz Społeczny;

16) **PO WER** – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020;

17) **IP** – Instytucja Pośrednicząca PO WER której funkcję pełni Departament Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia oraz poszczególne komórki organizacyjne w innych Departamentach Ministerstwa Zdrowia, w szczególności w Departamencie Nadzoru i Kontroli.

## § 1.

### Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin określa zasady naboru i uczestnictwa w Projekcie „Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwania się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)” oraz prawa i obowiązki Uczestników Projektu.
2. Każda osoba ubiegająca się o udział w Projekcie podlega procesowi rekrutacji, który został opisany w § 3. Za przeprowadzenie rekrutacji, w tym ogłoszenie o terminie rekrutacji oraz ocenę spełnienia wymagań niezbędnych do udziału w Projekcie, odpowiedzialny jest MZ.
3. Organizatorem Szkoleń jest CMKP.
4. Udział Uczestników Projektu w Szkoleniach jest bezpłatny.
5. Ilekroć w regulaminie jest mowa o Kandydacie/Uczestniku Projektu należy przez to rozumieć także Kandydatkę/ Uczestniczkę Projektu.
6. Przystąpienie Kandydata do procesu rekrutacji jest równoznaczne z akceptacją niniejszego regulaminu.

## § 2.

### Informacje o projekcie.

1. Projekt realizowany jest w trybie pozakonkursowym przez MZ Lidera oraz Partnera CMKP i Partnera CeZ.
2. Projekt jest realizowany ze środków EFS w ramach PO WER 2014 – 2020.
3. Celem głównym Projektu jest poprawa jakości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmioty lecznicze, działające na obszarze kraju w czasie trwania Projektu od października 2020 r. do czerwca 2023 r., poprzez wzrost kompetencji w zakresie wiedzy osób należących do grup docelowych na temat jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) oraz narzędzi wspierających prawidłowe korzystanie z niej.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

4. Nabywanie wiedzy i umiejętności zgodnie z celem Projektu wymaga m.in. przygotowania i przeprowadzenia szkoleń e-learningowych i warsztatów (webinarów).
5. Grupę docelową Projektu stanowią osoby z terenu całego kraju:
  - 1) pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia, zajmujący się rozliczeniami świadczeń opieki zdrowotnej lub prowadzeniem analiz na podstawie danych przekazywanych do Funduszu przez podmioty lecznicze;
  - 2) pracownicy podmiotu leczniczego posiadającego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia;
  - 3) pracownicy dydaktyczni uczelni medycznych oraz CMKP;
  - 4) pracownicy powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, zatrudnieni w sekcjach epidemiologii oraz epidemiolodzy zatrudnieni w uniwersytetach medycznych lub instytutach naukowo-badawczych;
  - 5) koderzy przyczyn zgonu Głównego Urzędu Statystycznego.
6. W ramach Projektu będą realizowane Szkolenia w postaci:
  - 1) szkolenia e-learningowego – przeznaczonego dla grup docelowych, o których mowa w § 2 ust. 5 pkt 1 i 2, obejmujące 460 uczestników (60 pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia i 400 pracowników podmiotów leczniczych posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia);
  - 2) trzech warsztatów w formie zdalnej (webinarów) - przeznaczonych dla poszczególnych grup docelowych, o których mowa w § 2 ust. 5 pkt 3 - 5, obejmujących łącznie 70 uczestników.
7. Projekt realizowany jest w okresie: od dnia 1.10.2020 do dnia 30.11.2023 r.

### § 3. Rekrutacja

1. Rekrutację do udziału w projekcie prowadzi MZ – Lider Projektu.
2. Rekrutacja ma charakter otwarty i obejmuje:
  - 1) publikację na stronach internetowych MZ, CMKP oraz CeZ informacji o uruchomieniu rekrutacji do poszczególnych Szkoleń Projektu oraz wystosowanie pism i e-maili do jednostek zainteresowanych;
  - 2) przyjmowanie dokumentów rekrutacyjnych przekazanych do MZ;
  - 3) ocenę 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.
3. Postępowanie rekrutacyjne przeprowadza się po dostarczeniu przez Kandydata do MZ niżej wymienionych dokumentów rekrutacyjnych:
  - 1) formularza zgłoszeniowego z deklaracją uczestnictwa w projekcie, którego wzór określa załącznik nr 1 do regulaminu;
  - 2) oświadczenia Uczestnika Projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych, którego wzór określa załącznik nr 2 do regulaminu;

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- 3) zaświadczenia o zatrudnieniu, potwierdzającego spełnianie warunków określających przynależność do grupy docelowej szkolenia, którego wzór określa załącznik nr 3 do regulaminu;
  - 4) oświadczenia o gotowości wykorzystania nabytej wiedzy w praktyce którego wzór określa załącznik nr 4 do regulaminu – w przypadku osób, które zgłaszają się na szkolenia w postaci warsztatu w formie zdalnej (webinaru).
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3 należy dostarczyć z dopiskiem „ICD-11 Szkolenia” w formie papierowej - w postaci wydrukowanych dokumentów podpisanych własnoręcznie – osobiście w siedzibie MZ albo przez wysyłkę pocztą na adres Biura Projektu MZ.
  5. Zaświadczenie o zatrudnieniu, o którym mowa w ust. 3 pkt 3 jest podpisywane przez pracodawcę lub osobę przez niego upoważnioną.
  6. 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.
  7. MZ 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 § 2 ust. 5.
  8. Rozpatrywane będą wyłącznie zgłoszenia kompletne, tj. zawierające wszystkie wymagane dokumenty rekrutacyjne, o których mowa w ust. 3.
  9. Przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu na szkolenie będzie brana pod uwagę kolejność wpływu dokumentów rekrutacyjnych do MZ.
  10. Kandydat zakwalifikowany do udziału w projekcie otrzymuje z MZ potwierdzenie zakwalifikowania do Projektu, które jest wysyłane na adres e-mail wskazany w dokumentach rekrutacyjnych.
  11. W przypadku zbyt małej liczby zainteresowanych osób rekrutacja zostanie powtórzona.
  12. W przypadku zgłoszenia się liczby Kandydatów przekraczającej liczbę miejsc szkoleniowych zostanie utworzona lista rezerwowa Kandydatów.
  13. Kandydaci z listy rezerwowej zostaną zakwalifikowani do udziału w Projekcie, zgodnie z zajmowanym miejscem na liście rezerwowej, w przypadku zwolnienia się miejsca szkoleniowego oraz zostaną poinformowani o zakwalifikowaniu do udziału w projekcie przez MZ przez wysłanie e-maila na adres podany w formularzu zgłoszeniowym.
  14. Z tytułu niezakwalifikowania Kandydata do Projektu Kandydatowi nie przysługują żadne roszczenia względem MZ lub Organizatora szkolenia.
  15. Zasady rekrutacji są zgodne z polityką równości płci i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnością 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.
  16. MZ przekazuje CMKP, w sposób zapewniający bezpieczeństwo danych osobowych, listę

Projekt pn. „Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego postępowania się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”.

Nr projektu POWR.05.02.00-00-0004/20

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

osób zakwalifikowanych Uczestników Projektu do uczestnictwa na poszczególne formy Szkolenia zawierające następujące dane:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) PESEL;
- 3) adres zamieszkania wskazany jako kontaktowy w formularzu zgłoszeniowym, zwany dalej adresem zamieszkania;
- 4) adres poczty elektronicznej;
- 5) nr telefonu;
- 6) przynależność do grupy docelowej, o której mowa w § 2 ust. 5.

17. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i są przechowywane przez okres wymagany decyzją o dofinansowaniu dla prawidłowego rozliczenia Projektu.

18. Po zakończeniu procesu rekrutacji zostanie sporządzony protokół z rekrutacji, zawierający listę osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w szkoleniu.

#### § 4.

##### Udział w Szkoleniu w formie e-learningowej

1. Harmonogram szkoleń e-learningowych zamieszczany jest na stronie internetowej CMKP oraz MZ.
2. Szkolenie e-learningowe jest realizowane w dowolnym czasie, w ciągu 7 dni od dnia uzyskania dostępu do szkolenia na platformie e-learningowej.
3. Do udziału w szkoleniach e-learningowych mogą się zgłaszać wyłącznie osoby, które zostaną zakwalifikowane przez MZ – Lidera Projektu do udziału w projekcie i uzyskały status Uczestnika Projektu.
4. W celu zapisania się na szkolenie e-learningowe Uczestnik Projektu dokonuje wyboru terminu tego szkolenia na stronie CMKP pod adresem wskazanym w e-mailu potwierdzającym zakwalifikowania do Projektu, o którym mowa w § 3 ust. 10. Do dokonania zapisu konieczne jest posiadania profilu na stronie CMKP. W przypadku gdy Uczestnik Projektu nie posiada takiego profilu zostanie automatycznie przekierowany na właściwą podstronę umożliwiającą jego założenie.
5. Uczestnik Projektu zakwalifikowany przez CMKP do uczestnictwa na szkolenie e-learningowe w wybranym terminie otrzyma na podany w profilu adres e-mail:
  - 1) zaproszenie z informacją o terminie szkolenia e-learningowego;
  - 2) najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem szkolenia e-learningowego - login i hasło do platformy e-learningowej CMKP (<https://med-learning.cmkp.edu.pl/>).
6. Uczestnik Projektu zakwalifikowany do udziału w szkoleniu e-learningowym zobowiązany jest do poinformowania CMKP o swojej decyzji co do udziału w szkoleniu (potwierdzenie udziału lub zgłoszenie rezygnacji) poprzez kliknięcie w link dostępny w wysłanym zaproszeniu na szkolenie.
7. W przypadku braku możliwości udziału w szkoleniu e-learningowym, Uczestnik Projektu jest zobowiązany do niezwłocznego poinformowania CMKP o tym fakcie drogą elektroniczną na adres wskazany przy danym szkoleniu.



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

8. Uczestnik Projektu zapisany na szkolenie e-learningowe zobowiązany jest do zalogowania się na szkolenie poprzez platformę e-learningową: <https://med-learning.cmkp.edu.pl/>.

9. Uczestnik Projektu należący do grupy, o której mowa w § 2 ust. 5 pkt 2 zobowiązany jest do przystąpienia do testu weryfikującego poziom wiedzy przed rozpoczęciem szkolenia e-learningowego oraz po jego zakończeniu w terminach wskazanych przez CMKP.

10. W przypadku Uczestników Projektu należących do grupy, o której mowa w § 2 ust. 5 pkt 1 przystąpienie do testów weryfikujących poziom wiedzy, o których mowa w ust. 9 jest fakultatywne.

11. Po ukończeniu szkolenia e-learningowego CMKP wystawia i przesyła Uczestnikowi Projektu na jego adres zamieszkania podany w założonym profilu na stronie CMKP:

1) imienny certyfikat potwierdzający podniesienie kompetencji – w przypadku osób, które przystąpią do testów o których mowa w ust. 9 i uzyskają w teście poziomu wiedzy przeprowadzonym po zakończeniu szkolenia liczbę punktów, wymaganą do zaliczenia szkolenia,

2) imienne zaświadczenie potwierdzające udział w szkoleniu e-learningowym – w przypadku Uczestników Projektu, którzy ukończyli szkolenie.

12. CMKP przekazuje do MZ, w sposób zapewniający bezpieczeństwo danych osobowych, informacje o:

1) Uczestnikach Projektu należących do grupy docelowej, o której mowa w § 2 ust. 5 pkt 2, którzy:

a) zalogowali się na szkolenie e-learningowe,

b) uzyskali certyfikat, o którym mowa w ust. 11 pkt 1,

2) Uczestnikach Projektu należących do grupy docelowej, o której mowa w § 2 ust. 5 pkt 1, którzy zalogowali się na szkolenie e-learningowe,

13. Informacje, o których mowa w ust. 12 przekazywane są wraz z zestawem danych, o których mowa w § 3 ust. 16.

## § 5.

### Udział w Szkoleniu w formie warsztatów (webinarów)

1. Harmonogram warsztatów (webinarów) zamieszczany jest na stronie internetowej CMKP –Partnera Projektu oraz MZ.

2. Warsztaty (webinary ) będą prowadzone wykorzystaniem Platformy Zoom.

3. Do udziału w warsztacie (webinarze) mogą się zgłaszać wyłącznie osoby, które zostały zakwalifikowane przez MZ do udziału w projekcie i uzyskały status Uczestnika Projektu.

4. Osoba zakwalifikowana przez MZ do uczestnictwa w warsztacie otrzyma na podany w formularzu zgłoszeniowym adres e-mail, link do rejestracji na warsztat (webinar), pod którym ma obowiązek dokonania rejestracji. Po zarejestrowaniu się Uczestnik Projektu otrzyma na podany w formularzu zgłoszeniowym adres e-mail potwierdzenie oraz link do warsztatu (webinaru).

5. W przypadku braku możliwości udziału w warsztacie (webinarze), Uczestnik Projektu jest zobowiązany do niezwłocznego poinformowania CMKP o tym fakcie drogą

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

elektroniczną na adres wskazany przy danym warsztacie.

6. CMKP wydaje uczestnikom warsztatu (webinaru) imienny certyfikat potwierdzający uczestnictwo w warsztacie (webinarze), który zostanie przesłany na adres zamieszkania podany w formularzu zgłoszeniowym.

7. CMKP przekazuje do MZ, listę osób, które uczestniczyły w warsztacie (webinarze) oraz otrzymały certyfikat potwierdzający uczestnictwo.

8. Warsztat (webinar) będzie nagrywany w celu udostępnienia w celach dydaktycznych oraz związanych z rozliczaniem Szkoleń zgodnie z zasadami Projektu.

## § 6

### Prawa i obowiązki Uczestnika Projektu.

1. Uczestnik Projektu zobowiązany jest do:
  - 1) zapoznania się z Regulaminem przed wypełnieniem dokumentów rekrutacyjnych i jego przestrzegania;
  - 2) uczestniczenia w Szkoleniu, a w przypadku szkolenia w postaci warsztatu (webinaru) - zalogowania się o wyznaczonej godzinie i obecności w czasie jego trwania,
  - 3) wypełniania formularzy przekazywanych przez MZ lub CMKP w związku z kontrolą realizacji Projektu, wypełnienia anonimowej ankiety oceny Szkolenia udostępnianej Uczestnikom Projektu;
  - 4) podania wszystkich niezbędnych danych służących do monitorowania realizacji Projektu, również po zakończeniu udziału w Projekcie;
  - 5) poddania się czynnościom kontrolnym prowadzonym przez uprawnione podmioty w zakresie i miejscu obejmującym korzystanie z wybranych form wsparcia;
  - 6) bieżącego informowania Organizatora szkolenia o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić dalszy jego udział w Projekcie;
  - 7) nienagrywania i nieutrwalania w jakikolwiek sposób zajęć dydaktycznych oraz materiałów szkoleniowych w ramach Szkolenia. Uczestnicy Projektu ponoszą pełną, indywidualną odpowiedzialność w przypadku nagrania, utrwalenia i rozpowszechniania nagrań ze Szkoleń, w szczególności, że nagranie lub utrwalenie może stanowić naruszenie przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, przepisów dotyczących praw autorskich i praw pokrewnych, przepisów kodeksu cywilnego oraz kodeksu karnego.
2. Uczestnik Projektu ma prawo do:
  - 1) rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie na zasadach określonych w Regulaminie,
  - 2) sygnalizowania MZ lub Organizatorowi szkolenia problemów lub nieprawidłowości związanych z przeprowadzaniem Szkolenia,
  - 3) poszanowania jego dóbr osobistych i niedyskryminacji ze strony MZ, Organizatora szkolenia i innych Uczestników Projektu.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## **§7.**

### **Zasady rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie.**

1. Uczestnik Projektu ma prawo do rezygnacji z udziału w Projekcie, w przypadku gdy rezygnacja nastąpiła z ważnych i uzasadnionych powodów wynikających z:
  - 1) działania siły wyższej;
  - 2) ważnych przyczyn osobistych;
  - 3) przyczyn natury zdrowotnej uniemożliwiających dalszy udział w Projekcie.
2. Organizator szkolenia zastrzega sobie prawo do skreślenia Uczestnika Projektu z listy uczestników Projektu w przypadku:
  - 1) naruszenia przez Uczestnika Projektu postanowień Regulaminu;
  - 2) podania nieprawdziwych danych w Dokumentach rekrutacyjnych.
3. W przypadku rezygnacji lub skreślenia Uczestnika Projektu z listy Uczestników Projektu, jego miejsce zajmie kolejna osoba z listy rezerwowej.

## **§ 8.**

### **Postanowienia końcowe**

1. Każda osoba ubiegająca się o udział w Projekcie zobowiązana jest do zapoznania się z treścią niniejszego Regulaminu.
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 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. O każdorazowej zmianie regulaminu kandydaci i uczestnicy Projektu będą informowani za pomocą strony internetowej MZ Projektu: [www.zdrowie.gov.pl/power](http://www.zdrowie.gov.pl/power).
4. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i dokonywane są w taki sposób w jaki Regulamin został wprowadzony.
5. Sprawy nieuregulowane Regulaminem rozstrzygane są przez MZ w uzgodnieniu z CMKP.
6. Ostateczna interpretacja Regulaminu, wiążąca Kandydatów jak i Uczestników Projektu należy do MZ.
7. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

## **§ 9**

### **Załączniki do Regulaminu**





**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

1. Integralną część niniejszego Regulaminu stanowią następujące załączniki:
  - 1) Załącznik nr 1 - Wzór Formularza zgłoszeniowego z deklaracją uczestnictwa w projekcie;
  - 2) Załącznik nr 2 - Wzór Oświadczenia uczestnika Projektu o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych;
  - 3) Załącznik nr 3 - Wzór Zaświadczenia o zatrudnieniu;
  - 4) Załącznik nr 4 - Wzór oświadczenia o gotowości wykorzystania nabytej wiedzy w praktyce.

Podpis MZ

Podpis CMKP

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU NR POWR.05.02.00-00-0004/20  
„Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”**

<b>Wskażanie formy szkolenia, którego dotyczy zgłoszenie i grupy docelowej</b> <i>(Kandydat/Kandydatka musi należeć do grupy docelowej do której kierowana jest zaznaczona forma szkolenia)</i>	
<b>Forma szkolenia</b>	<b>Grupa docelowa:</b>
<input type="checkbox"/> szkolenie e-learningowe	<input type="checkbox"/> pracownik Narodowego Funduszu Zdrowia zajmujący się rozliczeniami świadczeń opieki zdrowotnej lub prowadzeniem analiz na podstawie danych przekazywanych do Funduszu przez podmioty lecznicze <input type="checkbox"/> pracownik podmiotu leczniczego posiadającego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia: <input type="checkbox"/> osoba wykonująca zawód medyczny <input type="checkbox"/> pracownik administracyjny (IT, dział statystyki, inne)
<input type="checkbox"/> warsztat	<input type="checkbox"/> pracownik dydaktyczny uczelni medycznej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego <input type="checkbox"/> pracownik powiatowej stacji powiatowo-epidemiologicznej, zatrudniony w sekcji epidemiologii lub epidemiolog zatrudniony w uniwersytecie medycznym lub instytucie naukowo-badawczym <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona przez Główny Urząd Statystyczny do kodowania przyczyn zgonu (koder przyczyn zgonu)
<b>1. Dane uczestnika</b>	
Imię i nazwisko	
PESEL	
W przypadku braku numeru PESEL	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Wiek w chwili przystępowania do projektu:
Posiadane wykształcenie /typ szkół <i>(zaznaczyć właściwe – tylko jeden checkbox)</i>	<input type="checkbox"/> ISCED 1 podstawowe - Szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> ISCED 2 gimnazjalne - Gimnazjum <input type="checkbox"/> ISCED 3 ponadgimnazjalne - Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa <input type="checkbox"/> ISCED 4 policealne - Szkoły policealne <input type="checkbox"/> ISCED 5 – 8 – wykształcenie wyższe
<b>2. Dane kontaktowe uczestnika</b>	
Województwo	
Powiat	
Gmina	

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Miejscowość		
Ulica		
Nr budynku		
Nr lokalu		
Kod pocztowy		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		
<b>3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>		
<b>Status na rynku pracy</b>		
<input type="checkbox"/> <b>1. Osoba pracująca, w tym:</b>	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Inne	
<b>Miejsce zatrudnienia</b>	<b>Nazwa instytucji</b>	
	<b>Adres</b>	
<b>Oświadczenie składane w przypadku pracowników podmiotów leczniczych:</b>	<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem zatrudniony/a w podmiocie leczniczym posiadającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia <b>Pouczenie:</b> Uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu Cywilnego.	
<b>Wykonywany zawód</b>	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia - zaznaczyć w przypadku pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia, pracowników podmiotów leczniczych, pracowników powiatowej stacji powiatowo-epidemiologicznej, zatrudniony w sekcji epidemiologii lub epidemiolog zatrudniony w uniwersytecie medycznym lub instytucie naukowo-badawczym <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego- zaznaczyć w przypadku pracowników dydaktycznych uczelni medycznej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego <input type="checkbox"/> inny - zaznaczyć w przypadku osób zatrudnionych przez Główny Urząd Statystyczny do kodowania przyczyn zgonu	
<b>2. <input type="checkbox"/> Osoba niepracująca (wypełniane w przypadku osób, które nie zaznaczyły kategorii osoba pracująca)</b>		
<b>Pozostałe informacje</b>		

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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>	



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

1. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE nr POWR.05.02.00-00-0004/20, pn. „Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwania się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś Priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
2. Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwania się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”, nr POWR.05.02.00-00-0004/2, realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Lecznictwa w partnerstwie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz Centrum e-Zdrowia, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
4. Spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020;
6. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
7. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych niezbędnych w procesie realizacji projektu;
8. Zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
9. 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;
10. Przyjmuję do wiadomości i potwierdzam, że w przypadku włączenia przeze mnie kamery i mikrofonu w ramach zadawania pytań lub dyskusji w trakcie Szkolenia udzielam tym samym zgody na korzystanie, utrwalanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku, głosu oraz podanych przeze mnie danych osobowych i innych udostępnionych przeze mnie informacji, w ramach szkolenia online, w celach związanych z pytaniami, dyskusją, a także w celach dokumentacyjnych, związanych z rozliczaniem szkoleń zgodnie z zasadami Projektu;
11. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
12. Oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, załączone dokumenty oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
13. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie;
14. Zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniu;
15. Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich wymaganych dokumentów niezbędnych w procesie realizacji projektu, w tym m. in. list obecności, testów weryfikujących wiedzę, arkusza oceny szkolenia;
16. Zostałem poinformowany o prawie bycia zapomnianym, sprostowania oraz zgłaszania naruszeń;
17. Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (nr telefonu) dla celów realizacji projektu.

czytelny podpis własnoręczny

Data podpisania



## 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. **„Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego postępowanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”**, 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 **Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego postępowanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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 Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia** oraz podmiotowi, który na zlecenie beneficjenta uczestniczy w realizacji projektu – **Centrum Medycznemu Kształcenia Podyplomowego, z siedzibą przy ul. Marymonckiej 99/103, 01-813 Warszawa**.
6. 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.
7. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
8. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
9. Przyjmuję do wiadomości i potwierdzam, że w przypadku włączenia przeze mnie kamery i mikrofonu w ramach zadawania pytań lub dyskusji w trakcie Szkolenia udzielam tym samym zgody na korzystanie, utrwalanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku, głosu oraz podanych przeze mnie danych osobowych i innych udostępnionych przeze mnie informacji, w ramach szkolenia online, w celach związanych z pytaniami, dyskusją, a także w celach dokumentacyjnych, związanych z rozliczaniem szkoleń zgodnie z zasadami projektu.
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*



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Załącznik nr 3**

## ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Zaświadcza się, że

Pan/Pani:.....  
(Imię i nazwisko)

PESEL: .....

jest zatrudniona/y w:

.....  
(Miejsce pracy)

na stanowisku: .....

(Nazwa stanowiska)

a jego/jej zakres obowiązków służbowych obejmuje m.in.:

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

(wpisać zadania uprawniające do wzięcia udziału w szkoleniach organizowanych w ramach projektu POWR.05.02.00-00-0004/20 określone dla danej grupy docelowej, zgodnie z § 2 ust. 5 Regulaminu<sup>1</sup> – nie dotyczy pracowników podmiotów leczniczych, w przypadku których o przynależności do grupy docelowej decyduje sam fakt zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz pracowników dydaktycznych)

miejsce i data

czytelny podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej przez pracodawcę

<sup>1</sup> Zgodnie z § 2 ust. 5 Regulaminu Uczestnikami Projektu mogą być, w przypadku

1. pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia - osoby zajmujący się rozliczeniami świadczeń opieki zdrowotnej lub prowadzeniem analiz na podstawie danych przekazywanych do Funduszu przez podmioty lecznicze;
2. pracowników powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych – osoby zatrudnione w sekcjach epidemiologii;
3. pracowników Głównego Urzędu Statystycznego – wykonywać zadania koderów przyczyn zgonu



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## Załącznik nr 4

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

**Oświadczenie o gotowości wykorzystania w praktyce wiedzy nabytej w trakcie warsztatu w szkoleniu realizowanym w ramach projektu „Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”.**

Niniejszym oświadczam gotowość wykorzystania w praktyce wiedzy nabytej w trakcie warsztatu w szkoleniu realizowanym w ramach projektu „Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”.

miejsowość  
i data

czytelny podpis