



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W KURSIE KWALIFIKACYJNYM

realizowanym w ramach projektu

pn.: „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych,
odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”,
współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu
Społecznego Plus

SŁOWNICZEK POJĘĆ UŻYTYCH W NINIEJSZYM REGULAMINIE

- **CMKP** – Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, realizator projektu oraz organizator kursów w ramach projektu;
- **dokumenty rekrutacyjne** – dokumenty niezbędne do zarejestrowania udziału w projekcie, obejmujące dane wskazane w załączniku nr 1 do regulaminu;
- **kurs** – kurs kwalifikacyjny (KK) w zakresie kwalifikacji MED.14, realizowany w ramach projektu zgodnie z przepisami ustawy z dn. 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, w oparciu o program kursu zatwierdzony przez ministra właściwego ds. zdrowia, składający się z części teoretycznej - w formie e-learningowej, oraz z części praktycznej – w formie stacjonarnej;
- **okres edukacyjny** – okres, w którym osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek doskonalenia zawodowego. Zgodnie z art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1972), okres edukacyjny rozpoczyna się 1 stycznia roku następującego po roku, w którym osoba została wpisana do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego (CROU). W czasie trwania okresu edukacyjnego osoba wykonująca zawód medyczny powinna realizować ustawiczny rozwój zawodowy;
- **platforma e-learningowa** – system informatyczny (aplikacja webowa) umożliwiający zarządzanie treściami dydaktycznymi, udostępnianie kursów e-learningowych, monitorowanie postępów uczestników, komunikację i realizację procesów edukacyjnych w trybie zdalnym, na którym udostępniony zostanie kurs e-learningowy. Platforma spełnia standardy dostępności cyfrowej zgodnie z WCAG 2.1;
- **podpis elektroniczny** – rodzaj podpisu elektronicznego, który spełnia wymagania określone w art. 78¹ § 2 Kodeksu cywilnego, tj. został złożony przy użyciu kwalifikowanego certyfikatu wydanego przez uprawnionego dostawcę usług zaufania i jest równoważny podpisowi własnoręcznemu.

Przykładami takiego podpisu są podpisy kwalifikowane składane za pomocą platform, Certum, Szafir, Autenti oraz innych kwalifikowanych dostawców usług zaufania;

- **program kursu kwalifikacyjnego** – opracowany poza projektem, przez zespół ekspertów program kursu zatwierdzony przez ministra właściwego ds. zdrowia zgodnie z przepisami ustawy o niektórych zawodach medycznych;
- **projekt** – projekt nr FERS.01.13-IP.07-0008/24, pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
- **realizator części praktycznej KK** – podmiot wyłoniony w procedurze zamówień publicznych do realizacji części praktycznej kursu kwalifikacyjnego;
- **regulamin** – niniejszy regulamin rekrutacji i uczestnictwa w kursie kwalifikacyjnym realizowanym w ramach projektu nr FERS.01.13-IP.07-0008/24 pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”;
- **rejestr** – Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego, o którym mowa w ustawie o niektórych zawodach medycznych;
- **uczestnik projektu** – osoba zakwalifikowana do udziału w projekcie na podstawie spełnienia kryteriów formalnych i merytorycznych, która otrzymała potwierdzenie rejestracji w projekcie;
- **ustawa** – ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (dalej też jako: ustawa) regulująca zasady realizacji kursów kwalifikacyjnych oraz doskonalących.

I. INFORMACJE OGÓLNE

1. Projekt pod nazwą „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” ma na celu podniesienie w latach 2025-2029 kwalifikacji 7 000 opiekunów i opiekunek medycznych (dalej łącznie jako: opiekunów medycznych) w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, poprzez ich udział w kursach kwalifikacyjnych.
2. Projekt realizowany jest w okresie: od 02.06.2025 r. do 31.12.2029 r. na zasadach wynikających m.in. z:
 - 1) umowy o dofinansowaniu projektu,
 - 2) zasad realizacji projektów dofinansowanych w ramach programu FERS na lata 2021-2027,
 - 3) wymogów ustawy o niektórych zawodach medycznych oraz aktów wykonawczych regulujących kwestie objęte projektem.
3. Realizacja celu głównego projektu obejmie organizację kursów kwalifikacyjnych służących uzupełnieniu kwalifikacji oraz nabyciu uprawnień do świadczenia usług medyczno-pielęgniarskich i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej w zakresie kwalifikacji MED.14, dla 7 000 opiekunów medycznych.
4. Uczestnik projektu może skorzystać ze wsparcia w formie:
 - 1) bezpłatnego udziału w kursie kwalifikacyjnym – kursy realizowane w ramach projektu są oznakowane logotypami UE oraz informacją o objęciu wsparciem w ramach projektu UE;
 - 2) nieodpłatnych materiałów szkoleniowych, w tym skryptu w formie cyfrowej;
 - 3) cateringu dla uczestników podczas części praktycznej kursu;
 - 4) dofinansowania poniesionych kosztów podróży i noclegów związanych z udziałem w części praktycznej kursu kwalifikacyjnego, na zasadach przewidzianych w odrębnym regulaminie;

- 5) dofinansowania kosztów zakupu specjalistycznych podręczników, których lista jest określona w programie zatwierdzonym przez ministra właściwego ds. zdrowia, na zasadach przewidzianych w odrębnym regulaminie;
 - 6) 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 osiąganie założonych wskaźników w projekcie, na zasadach przewidzianych w odrębnym regulaminie.
5. Kurs kwalifikacyjny będzie realizowany w oparciu o program opracowany przez zespół ekspertów i zatwierdzony przez ministra właściwego ds. zdrowia.
 6. Kurs kwalifikacyjny składa się z:
 - 1) części teoretycznej realizowanej na platformie e-learningowej – uczestnicy uzyskują dostęp do nagranych wideo wykładów oraz skryptu w formacie PDF;
 - 2) części praktycznej, zorganizowanej na zlecenie CMKP przez podmioty zewnętrzne wyłonione w drodze zamówień publicznych (**realizatorów części praktycznej KK**);
 - 3) egzaminu końcowego realizowanego w formie testu za pośrednictwem platformy e-learningowej.
 7. W ramach projektu kurs będzie organizowany w okresie do 30.11.2029 r.
 8. Biuro projektu mieści się w budynku CMKP, ul. Schroegera 82, 01-828 Warszawa.
 9. Niniejszy regulamin może ulegać zmianom. O każdorazowej zmianie regulaminu kandydaci i uczestnicy projektu będą informowani za pomocą strony internetowej CMKP <https://www.cmkp.edu.pl/>

II. KTO MOŻE BRAĆ UDZIAŁ W KURSIE KWALIFIKACYJNYM W RAMACH PROJEKTU

10. W kursie kwalifikacyjnym realizowanym w ramach projektu mogą uczestniczyć opiekunowie medyczni zamieszkali na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, którzy:
 - 1) rozpoczęli kształcenie w zawodzie opiekun medyczny przed dniem 1 września 2021 r. oraz uzyskali kwalifikacje w tym zawodzie i tym samym posiadają wyłącznie kwalifikacje do świadczenia usług pielęgnacyjno-opiekuńczych – **nie posiadają kwalifikacji MED.14.**,
 - 2) są uprawnieni do wykonywania zawodu medycznego i dokonali rejestracji w Centralnym Rejestrze Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego, zgodnie z wymogami ustawy,
 - 3) rozpoczęli okres edukacyjny, o którym mowa w art. 39 ust. 2 ustawy,
 - 4) posiadają co najmniej 3-letni staż pracy w zawodzie opiekun medyczny, zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy,
 - 5) ponadto uczestnikiem części praktycznej kursu może być również opiekun medyczny, który ukończył część teoretyczną – e-learningową i zaliczył test z kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych uzupełniającego w zakresie kwalifikacji MED.14. Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej, realizowanego w ramach projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” nr POWR.07.01.00-00-0001/22, w latach 2022-2023.
11. W kursie kwalifikacyjnym realizowanym w ramach projektu nie mogą uczestniczyć osoby, które:
 - 1) zaliczyły z wynikiem pozytywnym kurs kwalifikacyjny dla opiekunów medycznych uzupełniający w zakresie kwalifikacji MED.14. Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej, realizowany w ramach projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych,

odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” nr POWR.07.01.00-00-0001/22,

- 2) biorą lub planują udział w kursie doskonalącym dla opiekunów medycznych, realizowanym w ramach niniejszego projektu (opiekun medyczny w ramach projektu może wziąć udział albo w kursie kwalifikacyjnym albo doskonalącym).

III. WARUNKI REKRUTACJI

12. Rekrutację prowadzi CMKP.
13. Osoba zainteresowana udziałem w kursie kwalifikacyjnym:
 - 1) w pierwszym etapie procedury rekrutacyjnej dokonuje **zgłoszenia do udziału w projekcie**, zgodnie z zasadami określonymi poniżej w pkt 15-16 (zakwalifikowanie do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w kursie);
 - 2) następnie, po otrzymaniu od CMKP potwierdzenia rejestracji w projekcie, składa **zgłoszenie na wybrany termin kursu kwalifikacyjnego**.
14. Rekrutacja do projektu ma charakter otwarty i obejmuje:
 - 1) publikację na stronie internetowej CMKP informacji o otwarciu naboru do projektu;
 - 2) przyjmowanie dokumentów rekrutacyjnych przez dedykowaną stronę internetową;
 - 3) weryfikację nadesłanych dokumentów rekrutacyjnych;
 - 4) przyznanie punktów rekrutacyjnych;
 - 5) utworzenie listy uczestników projektu wg kolejności nadesłania zgłoszenia oraz liczby uzyskanych punktów rekrutacyjnych;
 - 6) utworzenie ewentualnej listy rezerwowej;
 - 7) powiadomienie uczestników projektu drogą e-mailową o zakwalifikowaniu do udziału w projekcie.
15. Kandydat ubiegający się o zakwalifikowanie do odbycia kursu kwalifikacyjnego, w terminie podanym na stronie internetowej CMKP, za pośrednictwem dedykowanej strony internetowej, składa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszeniowy z deklaracją uczestnictwa w projekcie - **załącznik nr 1** do regulaminu;
 - 2) potwierdzenie zapoznania się z Informacjami o przetwarzaniu danych osobowych, stanowiącymi załączniki nr 5 - 7 do regulaminu;
 - 3) skany dokumentów, o których mowa poniżej.
16. Wykaz wymaganych skanów lub kserokopii dokumentów:
 - 1) potwierdzenie uzyskania wpisu do rejestru;
 - 2) dyplom/świadectwo/certyfikat potwierdzające kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny;
 - 3) dokument potwierdzający co najmniej 3-letni staż pracy w zawodzie opiekuna medycznego, w tym zawierający informację o ewentualnym zatrudnieniu w podmiocie leczniczym w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia (posiadającym kontrakt z NFZ) lub w podmiocie funkcjonującym w ramach systemu pomocy społecznej typu umowa o pracę, zaświadczenie od pracodawcy lub świadectwo pracy.
 - 4) jeżeli z dokumentów potwierdzających co najmniej 3-letni staż pracy w zawodzie opiekuna medycznego (np. umowy o pracę, zaświadczenia od pracodawcy, świadectwa pracy) jednoznacznie nie wynika, że uczestnik jest zatrudniony w podmiocie leczniczym działającym w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia (posiadającym kontrakt z NFZ) albo w podmiocie funkcjonującym w ramach systemu pomocy społecznej to konieczne jest złożenie załącznika nr 2A i/lub 2B:

- a) Załącznik nr 2A do Regulaminu – dotyczy osób fizycznych. Należy załączyć zaświadczenie o zatrudnieniu lub świadectwo pracy potwierdzające co najmniej 3-letni staż pracy w zawodzie opiekuna medycznego.
- b) Załącznik nr 2B do Regulaminu – dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą. Należy podpisać stosowne oświadczenie oraz dołączyć wyciąg z CEIDG (PKD dla opiekuna medycznego: 86.90.E).
- 5) Istnieje możliwość zakwalifikowania do kursu kwalifikacyjnego osoby zatrudnione na stanowisku inaczej nazwanym niż „opiekun medyczny” np. na stanowisku „opiekun”, ale wykonywali na tym stanowisku czynności właściwe dla zawodu opiekuna medycznego. W tym przypadku należy przedstawić dodatkowe dokumenty potwierdzające faktyczne wykonywanie czynności opiekuna medycznego (np. zakres obowiązków) lub złożyć oświadczenie (załącznik nr 8), w którym wskażą czynności zawodowe wykonywane przez nich w ramach dotychczasowego zatrudnienia.
17. W uzasadnianych przypadkach CMKP może żądać od kandydata przedstawienia do wglądu oryginałów dokumentów, o których mowa w pkt. 16.
18. W przypadku awarii narzędzia rekrutacyjnego, dokumenty można przestać drogą e-mailową lub pocztą na adres wskazany na stronie CMKP lub w wersji papierowej na adres: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, ul. Schroegera 82, 01-828 Warszawa z dopiskiem „PROJEKT FERS OM”. W przypadku składania kserokopii dokumentów należy opatrzyć je odrębną adnotacją kandydata potwierdzającą zgodność z oryginałem, zawierającą treść: „Oświadczam, że niniejsza kopia jest zgodna z oryginałem”, a także datę i własnoręczny podpis kandydata.
19. Wypełnienie dokumentów rekrutacyjnych przez kandydata jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podpisania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w projekcie.
20. W celu zakwalifikowania kandydata do odbycia kursu kwalifikacyjnego CMKP powołuje komisję kwalifikacyjną, która przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne.
21. W skład komisji kwalifikacyjnej, o której mowa w pkt. 20, wchodzi trzech przedstawicieli CMKP.
22. CMKP zamieszcza na swojej stronie internetowej informację o terminie przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego – terminach przyjmowania dokumentów rekrutacyjnych oraz o terminie i miejscu przeprowadzenia kursu kwalifikacyjnego.
23. Komisja kwalifikacyjna dokonuje oceny otrzymanych dokumentów rekrutacyjnych poprzez sprawdzenie:
- 1) kompletności i poprawności wypełnienia dokumentów rekrutacyjnych;
 - 2) spełnienia kryteriów, o których mowa w pkt. 10.
24. W przypadku stwierdzenia braków formalnych we wniosku komisja kwalifikacyjna wzywa kandydata do usunięcia braków w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania oraz poucza go, że nieusunięcie tych braków spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
25. Do odbycia kursu kwalifikacyjnego komisja kwalifikacyjna kwalifikuje osoby według kolejności zgłoszeń, w liczbie odpowiadającej liczbie wolnych miejsc szkoleniowych.
26. W przypadku liczby zgłoszeń przewyższającej liczbę miejsc szkoleniowych, przy kwalifikacji uwzględnia się odpowiednio:
- 1) osoby, które są wpisane do rejestru;
 - 2) osoby zatrudnione w podmiotach leczniczych lub podmiotach systemu pomocy społecznej, zgodnie z informacjami wynikającymi ze złożonego dokumentu potwierdzającego zatrudnienie, o którym mowa powyżej w pkt. 16.3, z pierwszeństwem opiekunów i opiekunek medycznych z publicznego systemu ochrony zdrowia;
 - 3) kolejność nadesłanych zgłoszeń.

27. Komisja kwalifikacyjna niezwłocznie powiadamia kandydata o zakwalifikowaniu się albo niezakwalifikowaniu się do odbycia kursu kwalifikacyjnego. Powiadomienie jest wysyłane na adres e-mail wskazany w dokumentach rekrutacyjnych.
28. **Lista rezerwowa kandydatów** zostanie utworzona w przypadku zgłoszenia się liczby kandydatów przekraczającej liczbę miejsc szkoleniowych zaplanowanych w projekcie. Kandydaci z listy rezerwowej zostaną zakwalifikowani do udziału w projekcie, zgodnie z zajmowanym miejscem na liście rezerwowej, w przypadku zwolnienia się miejsca szkoleniowego. Informacja o zwolnieniu miejsca będzie przekazywana kandydatom telefonicznie lub mailowo. Kandydaci są zobowiązani do niezwłocznego potwierdzenia chęci udziału, nie później niż w ciągu 5 dni od otrzymania informacji.
29. Zasady rekrutacji do projektu 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.
30. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i są przechowywane przez okres wymagany umową o dofinansowaniu projektu.

IV. ZASADY UDZIAŁU W CZĘŚCI TEORETYCZNEJ KURSU W FORMIE E-LEARNINGOWEJ

31. Do udziału w części teoretycznej kursu w formie e-learningowej mogą zostać zakwalifikowane wyłącznie osoby, które zostały uzyskały status uczestnika projektu.
32. Harmonogram kursów e-learningowych zamieszczany jest na stronie internetowej CMKP www.cmkp.edu.pl.
33. Czas trwania części e-learningowej kursu to 140 godzin dydaktycznych nagranych w formie wideo wykładów, dostępnych dla każdego uczestnika kursu przez okres 3 miesięcy od dnia uzyskania dostępu do kursu na platformie e-learningowej.
34. Uczestnicy projektu zgłaszają się na wybrany termin kursu e-learningowego poprzez stronę www.cmkp.edu.pl, po uprzednim założeniu profilu na stronie CMKP pod adresem: <https://kursy.cmkp.edu.pl/Account/Login>
35. Informacje o zakwalifikowaniu na kurs wysyłane są bezpośrednio na profil uczestnika na <https://kursy.cmkp.edu.pl/Account/Login> oraz e-mailem na adres wskazany podczas rejestracji.
36. CMKP sporządza listę uczestników projektu zakwalifikowanych na dany termin kursu e-learningowego.
37. W terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o otrzymaniu dostępu do kursu na platformie e-learningowej CMKP, Uczestnik zobowiązany jest do zalogowania się na kurs poprzez platformę e-learningową zgodnie z informacją o zakwalifikowaniu przesłaną do uczestnika projektu.
38. 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>
39. Na uzasadniony wniosek uczestnika możliwe jest rozpatrywanie indywidualnych sytuacji związanych z realizacją części teoretycznej kursu.

40. Z wykładów kursu e-learningowego zostanie sporządzony skrypt materiałów dydaktycznych dla uczestników projektu. Skrypty dostępne będą na platformie e-learningowej CMKP - do zakończenia okresu realizacji projektu.

V. ZASADY UDZIAŁU W CZĘŚCI PRAKTYCZNEJ KURSU

41. Kwalifikację uczestników projektu do części praktycznej kursu prowadzi CMKP.
42. Do udziału w części praktycznej kursu mogą zostać zakwalifikowane wyłącznie osoby, posiadające status uczestnika projektu nadany przez CMKP, które już rozpoczęły udział w części teoretycznej e-learningowej.
43. Opiekun medyczny, który ukończył część teoretyczną – e-learningową i zaliczył test z kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych uzupełniającego w zakresie kwalifikacji MED.14. Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej w ramach projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, nr Projektu: POWR.07.01.00-00-0001/22, realizowanego w latach 2022-2023, zobowiązany jest do zrealizowania części praktycznej kursu i zaliczenia egzaminu końcowego.
44. Część praktyczna prowadzona jest przez **realizatorów części praktycznej KK**, tj. podmioty prowadzące kształcenie w zawodzie opiekun medyczny, wyłonione w drodze zamówienia publicznego.
45. Część praktyczna kursu realizowana będzie zgodnie z przyjętym przez danego realizatora części praktycznej KK harmonogramem realizacji kursu.
46. Uczestnicy projektu kwalifikowani są do części praktycznej kursu realizowanej na podstawie zgłoszenia na poszczególne terminy opublikowane na stronie internetowej CMKP. W sytuacji braku miejsc na preferowanej części praktycznej uczestnicy projektu będą informowani o wolnych miejscach w innych terminach i miejscach.
47. CMKP dokonuje kwalifikacji uczestników do części praktycznej kursu w podziale na realizatorów części praktycznej KK kursu i przekazuje listę uczestników kursu do przeszkolenia poszczególnym realizatorom kursu.
48. Realizatorzy części praktycznej KK informują uczestników kursu o szczegółowym harmonogramie kursu, w tym m.in. godzinie rozpoczęcia oraz miejscu realizacji kursu.
49. Uczestnik projektu zobowiązany jest uczestniczyć w części praktycznej kursu, w terminie, na który został zakwalifikowany.
50. Uczestnik projektu zobowiązany jest do uczestniczenia we wszystkich zajęciach części praktycznej kursu. Dopuszcza się możliwość usprawiedliwionej nieobecności w wymiarze nie większym niż 30 % czasu trwania części praktycznej kursu. W tym przypadku, uczestnik projektu zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia do organizatora kursu pisemnego oświadczenia sporządzonego według wzoru, stanowiącego **załącznik nr 3** do regulaminu.
51. Nieobecność na części praktycznej kursu powyżej 30 % wymiaru godzin skutkuje brakiem możliwości zaliczenia części praktycznej kursu.
52. Na uzasadniony wniosek możliwe jest rozpatrywanie indywidualnych sytuacji związanych z realizacją i/lub zaliczeniem części praktycznej kursu, przez realizatora części praktycznej KK kursu w porozumieniu z CMKP. W przypadkach losowych (np. choroba, urlop macierzyński) możliwe jest przesunięcie terminu uczestnictwa na późniejszy kurs – po uprzednim złożeniu wniosku i uzyskaniu zgody CMKP.
53. W przypadku braku usprawiedliwienia nieobecności uczestnik może zostać skreślony z listy uczestników kursu.

VI. ZASADY ZALICZENIA KURSU KWALIFIKACYJNEGO

54. Kurs kwalifikacyjny kończy się egzaminem końcowym przeprowadzanym w formie testu za pośrednictwem platformy e-learningowej z ograniczonym dostępem. Egzamin obejmuje zagadnienia objęte programem kursu kwalifikacyjnego.
55. Egzamin przeprowadza komisja egzaminacyjna składająca się z 3 osób powołanych przez CMKP.
56. Pozytywny wynik egzaminu pisemnego otrzymuje osoba zdająca, która uzyskała co najmniej 60% maksymalnej liczby punktów z testu. Komisja egzaminacyjna niezwłocznie powiadamia za pomocą środków komunikacji elektronicznej osobę zdającą o uzyskanym przez nią wyniku egzaminu.
57. Osoba zdająca może wnieść do komisji egzaminacyjnej na piśmie odwołanie od wyniku egzaminu w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji o wyniku egzaminu na adres Biura projektu wskazany pkt. 8.
58. Komisja egzaminacyjna rozpatruje odwołanie w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania. Komisja egzaminacyjna niezwłocznie po rozpatrzeniu odwołania powiadamia za pomocą środków komunikacji elektronicznej osobę zdającą o wyniku rozpatrzenia odwołania.

VII. ZAŚWIADCZENIA O UKOŃCZENIU KURSU

59. CMKP wydaje uczestnikom projektu imienne zaświadczenia o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego, pod warunkiem zrealizowania i zaliczenia z wynikiem pozytywnym egzaminu, o którym mowa w pkt 54.
60. Zaświadczenia wydawane będą w formie elektronicznej z możliwością uzyskania wersji papierowej na wniosek uczestnika.

VIII. PRAWA I OBOWIĄZKI UCZESTNIKA PROJEKTU

61. Uczestnik projektu ma prawo do:
 - 1) zgłaszania szczególnych potrzeb związanych z korzystaniem ze wsparcia w ramach projektu, w tym m.in. w zakresie dostępności architektonicznej pomieszczeń, w których realizowane jest wsparcie, dostępności do materiałów dydaktycznych czy szczególnych potrzeb żywieniowych podczas kursów, na których zapewniany jest catering dla uczestników. CMKP zobowiązuje się do ich rozpatrzenia zgodnie z zasadami Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (dalej też jako: KPON),
 - 2) zgłaszania do CMKP uzasadnionych uwag związanych z realizacją kursów w formie e-mailowej na adres: opiekunmedyczny@cmkp.edu.pl
62. W zakresie zgodności projektu z **Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych (KPON)** - uczestnik projektu lub jego pełnomocnik i przedstawiciel ma możliwość zgłaszania do Instytucji Zarządzającej lub Instytucji Pośredniczącej podejrzenia o niezgodności projektu lub działań Beneficjenta z KPON za pomocą (w każdym poniższym przypadku uznaje się zgłoszenie za przekazane w formie pisemnej):
 - 1) poczty tradycyjnej - w formie listownej na adres ministerstwa: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa lub Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
 - 2) skrzynki nadawczej e-puap lub z wykorzystaniem publicznej usługi rejestrowanego doręczenia elektronicznego lub publicznej usługi hybrydowej, o których mowa w ustawie

z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U z 2024 r. poz. 1045, z późn. zm.) Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej lub Ministerstwa Zdrowia.

63. Zgodnie z zaleceniami zawartymi w „Wytycznych dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027”, CMKP podejmuje w projekcie działania mające na celu stosowanie zasad niedyskryminacji i równości szans, w szczególności w zakresie kwalifikowania na kursy osób, które są niedoreprezentowane wg płci.
64. W toku realizacji projektu CMKP zobowiązuje się do przestrzegania i stosowania zasad równościowych na wszystkich etapach wdrażania projektu, w tym w szczególności w odniesieniu do uczestników projektu, w tym do przestrzegania i stosowania Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.
65. Uczestnik projektu zobowiązany jest do:
- 1) przestrzegania regulaminu;
 - 2) aktywnego i osobistego udziału w kursie;
 - 3) zaliczenia egzaminu w formie przewidzianej programem kursu;
 - 4) wypełniania formularzy i ankiet przekazywanych przez organizatora kursu w terminie wyznaczonym przez CMKP 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.
66. 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.).
67. Pomoc, o której mowa w ust. 6, 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.

IX. ZASADY REZYGNACJI Z UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

68. Uczestnik projektu może zrezygnować z udziału w projekcie.

69. Rezygnacja z udziału w projekcie wymaga zgłoszenia w formie pisemnego oświadczenia albo oświadczenia opatrzonego podpisem elektronicznym (podpis kwalifikowany lub Profil zaufany) lub podpisanego ręcznie na adres: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego ul. Schroegera 82, 01-828 Warszawa z dopiskiem „PROJEKT FERS OM lub podpisem zaufanym, w terminie 7 dni od zaistnienia przyczyn powodujących konieczność rezygnacji z udziału w projekcie.
70. 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.
71. W przypadku rezygnacji lub skreślenia z listy uczestników projektu, uczestnik projektu może być zobowiązany do zwrotu kosztów poniesionych CMKP 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 CMKP.
72. Uczestnikowi przysługuje prawo do złożenia odwołania w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o skreśleniu z listy uczestników projektu. Odwołanie rozpatruje Dyrektor CMKP w terminie 14 dni roboczych.

X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

73. Każdy uczestnik projektu przed przystąpieniem do udziału w projekcie ma obowiązek zapoznania się z regulaminem.
74. 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 Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego.
75. CMKP zastrzega sobie możliwość dokonywania zmiany regulaminu w każdym czasie, w szczególności w sytuacji zmiany umowy o dofinansowaniu projektu, wytycznych, warunków realizacji projektu, dokumentów programowych, które będą miały wpływ na treść postanowień regulaminu. CMKP niezwłocznie poinformuje za pomocą strony internetowej uczestników projektu o każdorazowej jego zmianie.
76. Wszelkie zmiany regulaminu wymagają formy pisemnej. W stopce podawana jest data wprowadzenia aktualnie obowiązującego regulaminu.
77. Sprawy nieuregulowane regulaminem rozstrzygane są przez CMKP w oparciu o wytyczne dla instytucji biorących udział we wdrażaniu Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, w konsultacji z Instytucją Pośredniczącą, sprawującą kontrolę nad realizacją Projektu.
78. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

XI. ZAŁĄCZNIKI DO REGULAMINU

Integralną część niniejszego regulaminu stanowią następujące załączniki:

Załącznik nr 1 – Wzór formularza zgłoszeniowego z deklaracją uczestnictwa w projekcie;

Załącznik nr 2 – Wzór potwierdzenia co najmniej 3-letniego stażu pracy w zawodzie opiekuna medycznego, w tym zawierającego informację o ewentualnym zatrudnieniu w podmiocie leczniczym

w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia lub w podmiocie funkcjonującym w ramach systemu pomocy społecznej;

- **Załącznik nr 2.A.** - Wzór dla osoby zatrudnionej przez inny podmiot;
- **Załącznik 2.B.** - Wzór dla osoby prowadzącej własną działalność gospodarczą na świadczenie usług opiekuna medycznego;

Załącznik nr 3 – Wzór oświadczenia o usprawiedliwionej nieobecności na kursie;

Załącznik nr 4 – Wzór zgłoszenia szczególnych potrzeb dotyczących uczestnictwa w kursie (dostępność, żywienie, wsparcie techniczne etc.);

Załącznik nr 5 – Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez CMKP w projekcie nr FERS.01.13-IP.07-0008/24;

Załącznik nr 6 – Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego w projekcie nr FERS.01.13-IP.07-0008/24;

Załącznik nr 7 – Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez ministra właściwego ds. zdrowia w projekcie nr FERS.01.13-IP.07-0008/24.

Załącznik nr 8 – oświadczenie Kandydata.

Załącznik nr 1 – Wzór formularza zgłoszeniowego z deklaracją uczestnictwa w projekcie

Wymagane dokumenty niezbędne do udziału w kursach realizowanych w ramach projektu pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, FERS.01.13-IP.07-0008/24 współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

1. **Dokument potwierdzający wykształcenie w zawodzie opiekun medyczny w zależności od ukończonej szkoły, tj.:**
 - a) dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny potwierdzający rozpoczęcie po dniu 31.08.2021 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej;
 - b) dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny potwierdzający rozpoczęcie po dniu 31.08.2019 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej;
 - c) świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie lub certyfikat kwalifikacji zawodowej, lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny, lub dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny potwierdzający rozpoczęcie przed dniem 01.09.2021 r. kwalifikacyjnego kursu zawodowego w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie;
 - d) uzyskanie tytułu zawodowego opiekun medyczny lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny w związku z rozpoczęciem przed dniem 01.09.2019 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej;
 - e) uzyskanie tytułu zawodowego opiekun medyczny lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny w związku z rozpoczęciem przed dniem 01.09.2012 r. zasadniczej szkoły zawodowej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej.
2. **Potwierdzenie wpisu do Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego.**
3. **Podanie danych wskazanych w Załącznik nr 1, w celu sprawozdawczości w Projekcie FERS poprzez formularz zgłoszeniowy składany przez stronę internetową.**

Uwaga: jeżeli zgłoszenie nie jest dokonywane przez stronę internetową to wymagane jest przesłanie Załącznika nr 1 wypełnionego i podpisanego elektronicznie (profil zaufany lub inny podpis elektroniczny) lub podpisanego ręcznie na adres: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego ul. Schroegera 82, 01-828 Warszawa z dopiskiem „PROJEKT FERS OM”.

4. **Załącznik nr 3 - dokument potwierdzający co najmniej 3-letni staż pracy w zawodzie opiekuna medycznego, w tym zawierający informację o ewentualnym zatrudnieniu w podmiocie leczniczym w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia (posiadającym kontrakt z NFZ) lub w podmiocie funkcjonującym w ramach systemu pomocy społecznej.**
5. **Kserokopie dokumentów należy opatrzyć odręczną adnotacją kandydata, potwierdzającą zgodność z oryginałem, zawierającą treść: „Oświadczam, że niniejsza kopia jest zgodna z oryginałem”, a także datą i własnoręcznym podpisem kandydata.**
6. **Zapoznanie się z Informacjami o przetwarzaniu danych osobowych stanowiącymi załączniki nr 5, 6 oraz 7 do regulaminu.**

Dokumenty rejestracyjne należy składać **wyłącznie** w formie elektronicznej poprzez stronę www.cmkp.edu.pl, po uprzednim założeniu profilu na stronie CMKP pod adresem: <https://kursy.cmkp.edu.pl/Account/Login>

W sytuacji awarii strony internetowej dokumenty należy przestać e-mailem na adres: opiekunmedyczny@cmkp.edu.pl

**Zakres niezbędnych danych do rejestracji udziału w Projekcie
nr FERS.01.13-IP.07-0008/24**

**Prosimy wypełnić, zapisać jako pdf a następnie podpisać elektronicznie
(profilem zaufanym/podpisem elektronicznym)**

Dane uczestnika		
1	Imię i Nazwisko	
2	PESEL	
3	Wykształcenie – zaznacz właściwe	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5–8)
4	Obywatelstwo – zaznacz właściwe	☐ Obywatelstwo polskie; ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE; ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
5	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
6	Płeć	
7	Rodzaj uczestnika ¹ – zaznacz właściwe	☐ Indywidualny ☐ pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu ☐ nazwa instytucji ²
Dane teleadresowe		
7	Kraj	
8	Województwo	
9	Powiat	
10	Gmina	
11	Miejscowość	
12	Kod pocztowy	

¹ Rodzaj uczestnika – dana określa, czy uczestnik bierze udział w projekcie z własnej inicjatywy, czy został do projektu skierowany przez pracodawcę.

² Nazwa instytucji – dana podawana w sytuacji, kiedy do udziału w projekcie uczestnik skierowany został przez swojego pracodawcę. Jednocześnie wsparciem objęty jest podmiot delegujący do udziału uczestnika w projekcie.

13	Obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji DEGURBA – zaznacz właściwe	☐ Miasto (obszary gęsto zaludnione): lokalne jednostki administracyjne, w których co najmniej 50% ludności mieszka w „ośrodkach miejskich”. ☐ Małe miasta i przedmieścia (obszary o średniej gęstości zaludnienia): lokalne jednostki administracyjne, w których poniżej 50% ludności mieszka w „ośrodkach miejskich”, jednocześnie poniżej 50% ludności mieszka w „komórkach siatki obszarów wiejskich”. ☐ Obszary wiejskie (obszary słabo zaludnione): lokalne jednostki administracyjne, w których ponad 50% ludności mieszka w „komórkach siatki obszarów wiejskich”.
15	Nr telefonu	
16	Adres e-mail	
	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (zaznacz właściwe)	
17	Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu	☐ Osoba obcego pochodzenia ☐ Nie ☐ Tak ☐ Osoba państwa trzeciego ☐ Nie ☐ Tak ☐ Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji ☐ Tak ☐ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ☐ Nie ☐ Tak ☐ Osoba z niepełnosprawnościami ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji ☐ Tak ☐ nie dotyczy
	Szczegóły wsparcia (zaznacz właściwe)	
	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ Osoba pracująca, w tym: ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) ☐ osoba pracująca na uczelni

		☐ osoba pracująca w instytucie naukowym ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej ☐ inne ☐ Osoba bierna zawodowo, w tym: ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ osoba ucząca się /odbywająca kształcenie ☐ planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia ☐ inne ☐ Osoba bezrobotna, w tym: ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne
	Deklaracja dobrowolnego udziału w Projekcie	
24	Deklaracja uczestnictwa w projekcie pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, nr FERS.01.13-IP.07-0008/24	Niniejszym deklaruje dobrowolne przystąpienie do projektu współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” nr FERS.01.13-IP.07-0008/24, realizowanego przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
	Informacje uzupełniające wymagane przez CMKP na potrzeby realizacji projektu (proszę dołączyć wymagane dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów grupy docelowej w formacie .pdf lub .jpg)	
25	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (spełnienie kryteriów grupy docelowej)	☐ Osoba wpisana do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego, o którym mowa w ustawie o niektórych zawodach medycznych* Numer wpisu:..... Data wpisu..... ☐ Osoba wykonująca zawód medyczny objęty projektem, zgodnie z uzyskanym dyplomem/świadectwem/certyfikatem potwierdzającym kwalifikacje zawodowe* ☐ Osoba posiadająca co najmniej 3-letni staż pracy w zawodzie opiekuna medycznego* ☐ Osoba zatrudniona w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia (na podstawie aktualnej umowy z NFZ) na świadczenie usług obejmujących świadczenia opiekuna medycznego ☐ Osoba zatrudniona w podmiocie udzielającym świadczeń w ramach systemu pomocy społecznej
	Proszę wskazać szczególne potrzeby związane z korzystaniem ze wsparcia w	Proszę zaznaczyć odpowiednie pola i/lub opisać potrzeby: • Dostępność (zgodnie z potrzebami osób z niepełnosprawnościami) ☐ Potrzebuję dostępu do sali przystosowanej dla osoby poruszającej się na wózku ☐ Inne potrzeby związane z dostępnością:

	ramach projektu – opcjonalnie ³	 • Preferencje żywieniowe (dotyczy kursów stacjonarnych z cateringiem) ☐ Dieta wegetariańska ☐ Dieta wegańska ☐ Dieta bezglutenowa ☐ Inne:
	Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie oraz zasadach przetwarzania danych osobowych	
26	Niniejszym potwierdzam, iż zapoznałem (-am) się z Regulaminem udziału w Projekcie, w tym z informacjami o przetwarzaniu danych osobowych określonych w załącznikach nr 5, 6 i 7 i akceptuję zawarte w nim postanowienia. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z oryginałem. Oświadczam, że na dzień składania wniosku nie toczy się wobec mnie postępowanie, którego skutkiem mogłaby być utrata uprawnień zawodowych lub wykreślenie mnie z Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego. Ponadto oświadczam, że w okresie 30 dni poprzedzających datę złożenia niniejszego wniosku nie zostałem(-am) wykreślony(-a) z ww. rejestru. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego o wszelkich zmianach w zakresie posiadanych uprawnień zawodowych, które mogą mieć wpływ na mój udział w kursie.	

.....
Miejsce na podpis Uczestnika
(profil zaufany/inny podpis elektroniczny)

* Informacje obowiązkowe. Należy dołączyć wymagane dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów grupy docelowej w formacie .pdf lub .jpg.
³ Zgłoszenie szczególnych potrzeb jest prawem uczestnika kursu i nie jest obowiązkowe. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w zakresie szczególnych potrzeb związanych z korzystaniem ze wsparcia w ramach Projektu dot. preferencji żywieniowych ma na celu realizację Projektu zgodnie z Umową o dofinansowaniu Projektu w ramach Programu Fundusze Europejskie dla rozwoju społecznego 2021-2027, na podstawie Pani/Pana zgody polegającej na dobrowolnym, konkretnym, świadomym i jednoznacznym okazaniu woli, wyrażonej poprzez wypełnienie rubryki dot. preferencji żywieniowych w Formularzu zgłoszeniowym.

Załącznik 2 – Wzór potwierdzenia co najmniej 3-letniego stażu pracy w zawodzie opiekuna medycznego, w tym zawierającego informację o ewentualnym zatrudnieniu w podmiocie leczniczym w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia lub w podmiocie funkcjonującym w ramach systemu pomocy społecznej

2.A. Wzór dla osoby zatrudnionej przez inny podmiot (wypełnia pracodawca)

Zaświadczenie od pracodawcy o stażu pracy w zawodzie opiekun medyczny

Niniejszym potwierdzam, że:

Imię i nazwisko:

PESEL:

jest zatrudniony jako opiekun medyczny

w podmiocie leczniczym/w podmiocie systemu pomocy społecznej*:

Nazwa Podmiotu:
.....

Nr NIP:.....

Adres:

Okres zatrudnienia: od do

Potwierdzam, że w/w podmiot udziela świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia na podstawie aktualnej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług obejmujących świadczenia opiekuna medycznego - TAK / NIE*

Potwierdzam, że w/w podmiot udziela świadczeń w ramach systemu pomocy społecznej - TAK / NIE*

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

.....

.....

Pieczęć firmowa pracodawcy

Data i podpis osoby upoważnionej *

* Wybrać właściwe/niewłaściwe skreślić

2.B. Wzór dla osoby prowadzącej własną działalność gospodarczą na świadczenie usług opiekuna medycznego (wypełnia osoba zgłaszająca się do projektu)

Proszę wypełnić i podpisać:

Oświadczenie o stażu pracy w zawodzie opiekun medyczny (dla osób prowadzących własną działalność gospodarczą)**

Niniejszym oświadczam*, że ja:

Imię i nazwisko:

PESEL:

wykonuję obowiązki opiekuna medycznego

w ramach własnej działalności gospodarczej*:

Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej:

.....,

Nr NIP:.....

Adres:

Okres wykonywania świadczeń w ramach w/w działalności gospodarczej: od do

.....

Oświadczam, że udzielam świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia na podstawie aktualnej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia - TAK / NIE*

Oświadczam, że udzielam świadczeń w ramach systemu pomocy społecznej - TAK / NIE*

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

.....

.....

Pieczęć firmowa działalności gospodarczej

Data i podpis osoby składającej oświadczenie*

* **Wybrać właściwe/niewłaściwe skreślić**

** **Należy dołączyć wyciąg z CEIDG**

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

o usprawiedliwionej nieobecności na zajęciach kursu realizowanego w ramach projektu FERS OM

Imię i nazwisko uczestnika:

PESEL:

Nazwa projektu:

Tytuł kursu:

Data(-y) nieobecności:

Oświadczam, że moja nieobecność na zajęciach kursu realizowanego w ramach ww. projektu była **usprawiedliwiona** z powodu:

- ☐ choroby (w tym hospitalizacji, zwolnienia lekarskiego),
- ☐ zdarzenia losowego (np. śmierć członka rodziny, wypadek, awaria techniczna),
- ☐ obowiązków zawodowych niemożliwych do przełożenia,
- ☐ innych istotnych okoliczności (proszę podać jakie):

.....

Zobowiązuję się do dołożenia starań w celu uzupełnienia materiału dydaktycznego oraz do uczestnictwa w pozostałych zajęciach zgodnie z harmonogramem.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data i podpis uczestnika:

.....

ZGŁOSZENIE SZCZEGÓLNYCH POTRZEB UCZESTNIKA KURSU⁴
realizowanego w ramach projektu FERS OM

1. Dane uczestnika

Imię i nazwisko:

Tytuł kursu:

Planowany termin uczestnictwa:

Adres e-mail / telefon kontaktowy:

2. Zakres zgłaszanych potrzeb

Proszę zaznaczyć odpowiednie pola i/lub opisać potrzeby:

• **Dostępność (zgodnie z potrzebami osób z niepełnosprawnościami)**

☐ Potrzebuję dostępu do sali przystosowanej dla osoby poruszającej się na wózku

☐ Inne potrzeby związane z dostępnością:

• **Preferencje żywieniowe (dotyczy kursów stacjonarnych z cateringiem)**

☐ Dieta wegetariańska

☐ Dieta wegańska

☐ Dieta bezglutenowa

☐ Inne:

3. Uwagi dodatkowe (opcjonalne)

.....

.....

Oświadczenie:

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z moimi rzeczywistymi potrzebami i mają na celu umożliwienie mi pełnego udziału w kursie.

Data i podpis uczestnika:

.....

⁴ Zgłoszenie szczególnych potrzeb jest prawem uczestnika kursu i nie jest obowiązkowe. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w zakresie szczególnych potrzeb związanych z korzystaniem ze wsparcia w ramach Projektu dot. preferencji żywieniowych ma na celu realizację Projektu zgodnie z Umową o dofinansowaniu Projektu w ramach Programu Fundusze Europejskie dla rozwoju społecznego 2021-2027, na podstawie Pani/Pana zgody polegającej na dobrowolnym, konkretnym, świadomym i jednoznacznym okazaniu woli, wyrażonej poprzez wypełnienie rubryki dot. preferencji żywieniowych w Formularzu zgłoszeniowym.

Prosimy o zapoznanie się z poniższą treścią

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych – przez CMKP

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 zwanego dalej „RODO” informujemy, że będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe. Szczegóły tego dotyczące:

I. Administrator danych osobowych

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego z siedzibą w Warszawie, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, tel. 22 5693 700 informuje, że jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych.

II. Inspektor Ochrony Danych

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wyznaczyło Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan skontaktować się w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw za pomocą e-mail: iod@cmkp.edu.pl, telefon: 22 5601 004 lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.

III. Cele i podstawy przetwarzania

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych ma na celu przeprowadzenie postępowania, zakwalifikowanie do udziału, realizacja dla osób zakwalifikowanych oraz rozliczenie i ewaluacja projektu pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju (FERS)”, nr FERS.01.13-IP.07-0008/24, kontaktowania się w toku postępowania, weryfikacji pod kątem kompletności dokumentów, na podstawie obowiązków wynikających z przepisów prawa w zakresie ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027, ustawy o niektórych zawodach medycznych w zakresie realizacji kursów kwalifikacyjnych przez opiekunów medycznych w trakcie kształcenia podyplomowego, zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami na podstawie obowiązków wynikających z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami jako prawnie uzasadniony interes Administratora (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c, lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO).

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w zakresie szczególnych potrzeb związanych z korzystaniem ze wsparcia w ramach projektu dot. preferencji żywieniowych ma na celu realizację projektu zgodnie z Umową o dofinansowaniu projektu w ramach Programu Fundusze Europejskie dla rozwoju społecznego 2021-2027, na podstawie Pani/Pana zgody polegającej na dobrowolnym, konkretnym, świadomym i jednoznacznym okazaniu woli, wyrażonej poprzez wypełnienie rubryki dot. preferencji żywieniowych w Formularzu zgłoszeniowym (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO).

IV. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być powierzane lub udostępniane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy.

Pani/Pana dane osobowe mogą być powierzane lub udostępniane ministrowi właściwemu do spraw funduszy i polityki regionalnej - MFiPR [Instytucji Zarządzającej], Ministrowi Zdrowia

[Instytucji Pośredniczącej]], oraz podmiotom – realizatorom części praktycznej kursu kwalifikacyjnego.

Ponadto Pani/Pana dane osobowe mogą być powierzane lub udostępniane podmiotom, którym MFiPR zlecił wykonywanie zadań w FERS, organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych, podmiotom, które wykonują dla MFiPR usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym.

Pani/Pana dane mogą zostać także udostępnione podmiotom przetwarzającym, które świadczą nam usługi prawnicze, wspierają nas systemami teleinformatycznymi oraz dostarczają nam i obsługują nasze systemy informatyczne oraz oprogramowanie wykorzystywane do właściwej realizacji zadań oraz w przypadku zaistniałej konieczności podmiotom uprawnionym do otrzymania Pani/Pana danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

V. Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych

Nie przekazujemy Pani/Pana danych poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego. W przypadku prowadzenia kształcenia specjalizacyjnego lub ustawicznego rozwoju zawodowego w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, z wykorzystaniem nowoczesnych metod audiowizualnych, środków multimedialnych, symulacji medycznej i technologii informatycznych, dane (adres e-mail, imię, nazwisko, login, utrwalony wizerunek) dla prawidłowej funkcjonalności usługi mogą zostać przekazane do podmiotu poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego, świadczącego dla Administratora taką usługę. Przekazanie danych poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego odbędzie w oparciu o standardowe klauzule ochrony przyjęte przez Komisję Europejską.

VI. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym został zatwierdzony końcowy wniosek o płatność w ramach projektu, przy czym bieg terminu zostaje przerwany w przypadku wszczęcia postępowania administracyjnego lub sądowego dotyczącego wydatków rozliczonych w Projekcie albo na należycie uzasadniony wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej przedsiębiorcom będą przechowywane przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile Uczestnik w ramach projektu otrzyma wsparcie spełniające kryteria jego uznania jako pomoc publiczna. Następnie, jeśli chodzi o materiały archiwalne, zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną CMKP opracowaną na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

W przypadku wycofania zgody w zakresie szczególnych potrzeb związanych z korzystaniem ze wsparcia w ramach projektu dot. preferencji żywieniowych Pani/Pana dane zostaną niezwłocznie usunięte.

VII. Pani/Pana prawa

Przysługuje Pani/Panu:

- a) prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych – uzyskania od Administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe, a jeżeli ma to miejsce, uzyskanie dostępu do nich oraz przekazania Pani/Panu informacji w zakresie wskazanym w art. 15 RODO;
- b) prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych – żądania od Administratora niezwłocznego sprostowania danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych zgodnie z art. 16 RODO;
- c) prawo do usunięcia Pani/Pana danych osobowych – żądania od Administratora niezwłocznego usunięcia danych osobowych, jeżeli spełniona zostanie jedna z przesłanek

określonych w art. 17 RODO, m.in. dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane. Prawo usunięcia danych może zostać ograniczone ze względu na obowiązki Administratora wynikające z obowiązującego prawa;

- d) prawo do ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w przypadkach wskazanych w art. 18 RODO, m. in. kwestionowania prawidłowości danych osobowych;
- e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w przypadkach określonych w art. 21 RODO;
- f) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych zgodnie z art. 77 RODO;
- g) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie szczególnych potrzeb związanych z korzystaniem ze wsparcia w ramach projektu dot. preferencji żywieniowych zgodnie z art. 7 ust. 3 RODO.
- h) W celu skorzystania z ww. praw należy skierować żądanie do Administratora Danych Osobowych lub Inspektora Ochrony Danych – dane kontaktowe wskazano w pkt I lub II niniejszej informacji. Proszę pamiętać, że przed realizacją Pani/Pana uprawnień Administrator będzie musiał upewnić się, że Pani/Pan ma powyższe prawo, czyli odpowiednio Panią/Pana zidentyfikować.

VIII. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymagane przepisami prawa. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w Projekcie.

Podanie danych i wyrażenie zgody w zakresie szczególnych potrzeb związanych z korzystaniem ze wsparcia w ramach projektu dot. preferencji żywieniowych jest dobrowolne. Niepodanie danych uniemożliwi skorzystanie ze szczególnych potrzeb dot. preferencji żywieniowych.

IX. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Prosimy o zapoznanie się z poniższą treścią

Klauzula informacyjna ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego

W celu wykonania obowiązku nałożonego art. 13 i 14 RODO⁵, w związku z art. 88 ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027⁶, informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych:

I. Administrator

Odrębnym administratorem Państwa danych jest:

1. Minister Funduszy i Polityki Regionalnej⁷ z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

II. Cel przetwarzania danych

Dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją FERS, w szczególności w celu monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników.

Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji wyżej wymienionego celu. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości podjęcia stosownych działań.

III. Podstawa przetwarzania

Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z tym, że:

1. Zobowiązuje nas do tego prawo (art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g oraz art. 10⁸ RODO)⁹:

- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej,
- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.)

⁵ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (Dz. Urz. UE. L 119 z 4 maja 2016 r., s.1-88).

⁶ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079), zwana dalej „ustawą wdrożeniową”.

⁷ Tj. minister właściwy ds. rozwoju regionalnego. Minister Funduszy i Polityki Regionalnej kieruje działem administracji rządowej – rozwój regionalny, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Funduszy i Polityki Regionalnej (Dz. U. poz. 2711).

⁸ Dotyczy wyłącznie projektów aktywizujących osoby odbywające karę pozbawienia wolności.

⁹ Należy wskazać jeden lub kilka przepisów prawa - możliwe jest ich przywołanie w zakresie ograniczonym na potrzeby konkretnej klauzuli.

- ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, w szczególności art. 87-93,
- ustawa z 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego,
- ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

IV. Sposób pozyskiwania danych

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od wnioskodawców, beneficjentów, partnerów.

V. Dostęp do danych osobowych

Dostęp do Państwa danych osobowych mają pracownicy i współpracownicy administratora. Ponadto Państwa dane osobowe mogą być powierzane lub udostępniane:

1. podmiotom, którym zleciliśmy wykonywanie zadań w FERS,
2. organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych,
3. podmiotom, które wykonują dla nas usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym.

VI. Okres przechowywania danych

Dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w punkcie II.

VII. Prawa osób, których dane dotyczą

Przysługują Państwu następujące prawa:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO),
2. prawo do sprostowania swoich danych (art. 16 RODO),
3. prawo do usunięcia swoich danych (art. 17 RODO) - jeśli nie zaistniały okoliczności, o których mowa w art. 17 ust. 3 RODO,
4. prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania swoich danych (art. 18 RODO),
5. prawo do przenoszenia swoich danych (art. 20 RODO) - jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie umowy: w celu jej zawarcia lub realizacji (w myśl art. 6 ust. 1 lit. b RODO), oraz w sposób zautomatyzowany¹⁰,

¹⁰ Do automatyzacji procesu przetwarzania danych osobowych wystarczy, że dane te są zapisane na dysku komputera.

6. prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 RODO) - w przypadku, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujące kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Polsce.

VIII. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

IX. Przekazywanie danych do państwa trzeciego

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

X. Kontakt z administratorem danych i Inspektorem Ochrony Danych

Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania przez ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego danych osobowych, prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) w następujący sposób:

- pocztą tradycyjną (ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa),
- elektronicznie (adres e-mail: IOD@mfipr.gov.pl).

Prosimy o zapoznanie się z poniższą treścią

Klauzula informacyjna Ministra Zdrowia¹¹

W celu wykonania obowiązku nałożonego art. 13 i 14 RODO¹², w związku z art. 88 ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027¹³, informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych:

I. Administrator

Odrębnym administratorem Państwa danych jest Minister Zdrowia z siedzibą przy ul. Miodowej 15, 00-952 Warszawa.

II. Cel przetwarzania danych

Dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją FERS¹⁴, w szczególności w celu monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji wyżej wymienionego celu. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości podjęcia stosownych działań.

III. Podstawa przetwarzania

Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z tym, że zobowiązuje nas do tego prawo (art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g):

- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L nr 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.);
- ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, w szczególności art. 87-93;

¹¹ Wzór określa Instytucja Pośrednicząca.

¹² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (Dz. Urz. UE. L nr 119 z 4 maja 2016 r., s.1-88).

¹³ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079), zwana dalej „ustawą wdrożeniową”.

¹⁴ Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 przyjęty decyzją Komisji Europejskiej z dnia 12 grudnia 2022 r.

- ustawa z 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego;
- ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

IV. Sposób pozyskiwania danych

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od wnioskodawców, beneficjentów, partnerów.

V. Dostęp do danych osobowych

Dostęp do Państwa danych osobowych mają pracownicy i współpracownicy administratora. Ponadto Pani/Pana dane osobowe mogą być powierzane lub udostępniane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy.

VI. Okres przechowywania danych

Dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w punkcie II.

VII. Prawa osób, których dane dotyczą

Przysługują Państwu następujące prawa:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO);
2. prawo do sprostowania swoich danych (art. 16 RODO);
3. prawo do usunięcia swoich danych (art. 17 RODO) - jeśli nie zaistniały okoliczności, o których mowa w art. 17 ust. 3 RODO;
4. prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania swoich danych (art. 18 RODO);
5. prawo do przenoszenia swoich danych (art. 20 RODO) - jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie umowy: w celu jej zawarcia lub realizacji (w myśl art. 6 ust. 1 lit. b RODO), oraz w sposób zautomatyzowany¹⁵;
6. prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 RODO) - w przypadku, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujące kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Polsce.

VIII. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

IX. Przekazywanie danych do państwa trzeciego

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

¹⁵ Do automatyzacji procesu przetwarzania danych osobowych wystarczy, że dane te są zapisane na dysku komputera.

X. Kontakt z administratorem danych i Inspektorem Ochrony Danych

Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania przez Ministra Zdrowia, prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) w następujący sposób:

- pocztą tradycyjną (ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa);
- za pośrednictwem platformy e-PUAP (adres skrytki): /8tk37sxx6h/SkrytkaESP
- elektronicznie (adres e-mail: iod@mz.gov.pl).

OŚWIADCZENIE KANDYDATA

do celów rekrutacji i uczestnictwa w kursie kwalifikacyjnym opiekuna medycznego w zakresie kwalifikacji MED.14 realizowanym w ramach projektu pn.: „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że spełniam wymogi art. 23.2. ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, tj. posiadam staż pracy w zawodzie opiekuna medycznego, gdyż zakres wykonywanych przeze mnie obowiązków w ramach zatrudnienia na stanowisku...../wskazać zgodnie z nazwą wykazywaną w dokumencie potwierdzającym zatrudnienie/ obejmuje czynności wskazane w **Szczegółowym wykazie czynności zawodowych opiekuna medycznego** określonych w części A załącznika Nr 5 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne – jak wskazano poniżej.

Przy każdej czynności proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

☐ TAK – wykonywane obowiązki obejmowały te czynności

☐ NIE – wykonywane obowiązki nie obejmowały tych czynności

SZCZEGÓŁOWY WYKAZ CZYNNOŚCI

1. Identyfikowanie problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku:

1.1. Wykorzystywanie wyników badań i pomiarów do identyfikowania problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;

☐ TAK ☐ NIE

1.2. Prowadzenie rozmów z pacjentem;

☐ TAK ☐ NIE

1.3. Przeprowadzanie wywiadu z rodziną lub opiekunem pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

1.4. Współpraca z pielęgniarkami, położnymi, lekarzami oraz innym personelem zatrudnionym w podmiotach leczniczych lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej podczas

rozpoznawania problemów funkcjonalnych oraz biologicznych i psychospołecznych potrzeb pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

1.5. Współpraca z rodziną lub opiekunem pacjenta podczas identyfikowania problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

1.6. Wykonywanie pomiarów antropometrycznych, pomiarów tętna, ciśnienia tętniczego

krwi, oddechu, saturacji krwi, temperatury ciała za pomocą aparatury i sprzętu medycznego i obliczanie wskaźnika Masy Ciała – Body Mass Index (BMI) oraz przekazywanie informacji o wynikach pomiarów lekarzowi, pielęgniarce lub położnej;

☐ TAK ☐ NIE

2. Świadczenie usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych pacjentowi w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku:

2.1. Zachęcanie pacjenta do samoopieki, wskazywanie na jego zasoby biologiczne i psychiczne oraz znaczenie każdej aktywności w terapii i profilaktyce;

☐ TAK ☐ NIE

2.2. Planowanie czynności higienicznych i pielęgnacyjnych adekwatnie do rozpoznanych problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

2.3. Modyfikowanie działań w zależności od zmieniających się problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

2.4. Dobieranie sprzętu wspomagającego funkcjonowanie pacjenta i uzgadnianie zmian postępowania z pacjentem;

☐ TAK ☐ NIE

2.5. Organizowanie i wykonywanie czynności higienicznych i oraz wybranych czynności opieki pielęgnacyjnej:

- a) dobieranie wyrobów medycznych do wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych odpowiednich do stanu zdrowia i sprawności pacjenta;
- b) wykonywanie czynności higienicznych i pielęgnacyjnych pacjentowi;
- c) stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej;
- d) opracowywanie planu edukacji pacjenta, jego rodziny lub opiekuna w zakresie wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych;
- e) przeprowadzanie edukacji i współdziałanie z pacjentem, jego rodziną lub opiekunem w zakresie wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych, prowadzenia zdrowego stylu życia i profilaktyki skutków zaniedbań pielęgnacyjnych;

☐ TAK ☐ NIE

2.6. Identyfikowanie zaburzenia połykania u pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

2.7. Dobieranie, zakładanie i wymienianie produktów chłonnych;

☐ TAK ☐ NIE

2.8. Karmienie pacjenta drogą doustną lub pomaganie podczas karmienia;

☐ TAK ☐ NIE

2.9. Pomaganie pacjentowi w przyjmowaniu produktów leczniczych zleconych przez

lekarza, pielęgniarkę lub położną różnymi drogami (doustnie, przez skórę i na błony śluzowe), a w przypadku osób, które nie są w stanie samodzielnie przyjąć produktu leczniczego, również podawanie go bezpośrednio do ust lub na skórę, bez naruszania powłok skórnych;

☐ TAK ☐ NIE

2.10. Planowanie i wykonywanie czynności opiekuńczych z uwzględnieniem oceny stanu pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

2.11. Aktywizowanie i pomaganie pacjentowi w wykonywaniu czynności życia codziennego i utrzymaniu aktywności fizycznej;

☐ TAK ☐ NIE

2.12. Pomaganie pacjentowi w użytkowaniu zaleconego wyrobu medycznego;

☐ TAK ☐ NIE

2.13. Udzielanie wsparcia pacjentowi w adaptacji do zmian związanych z przewlekłą chorobą lub starością oraz do pobytu w podmiotach leczniczych lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej;

☐ TAK ☐ NIE

2.14. Udzielanie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego pacjentowi w sytuacjach trudnych;

☐ TAK ☐ NIE

3. Współpraca z pielęgniarkami, położnymi i lekarzami oraz innym personelem zatrudnionym w podmiotach leczniczych lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej:

3.1. Obserwowanie i rejestrowanie rodzaju i objętości przyjmowanych posiłków oraz płynów u osób ze stwierdzonymi zaburzeniami odżywiania;

☐ TAK ☐ NIE

3.2. Karmienie pacjenta drogą dojelitową przez zgłębnik lub gastrostomię, w tym PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) (metodą porcji), lub pomaganie podczas karmienia na zlecenie lekarza, pielęgniarki lub położnej;

☐ TAK ☐ NIE

3.3. Utrzymywanie higieny i pielęgnowanie skóry wokół niepowikłanej tracheostomii, gastrostomii, ileostomii lub kolostomii;

☐ TAK ☐ NIE

3.4. Wymienianie cewnika zewnętrznego, worka stomijnego i worka na mocz;

☐ TAK ☐ NIE

3.5. Prowadzenie dobowej zbiórki moczu i bilansu płynów;

☐ TAK ☐ NIE

3.6. Prowadzenie trzydniowego dzienniczka mikcji, schematu wydalania i monitorowanie mikcji oraz defekacji;

☐ TAK ☐ NIE

3.7. Wykonywanie i dokumentowanie badania glukometrem w celu oznaczenia stężenia glukozy we krwi pacjenta.

☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data:

Podpis kandydata:
