

**Projekt „Umów się na kolonoskopię-20 minut, które ratuje życie”
RPMP.08.06.02-IP.02-12-0031/18**

ANKIETA wstępna pacjenta

data

Imię, Nazwisko..... płeć: K / M wiek.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

ulica..... nr domu nr mieszkania.....

Miejscowość..... kod pocztowy _ _ - _ _ _

Powiat..... Gmina

nr tel _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Email

Wykształcenie

a) wyższe b) policealne c) podstawowe d) gimnazjalne, e) ponadgimnazjalne (zawodowe)

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

- a) Bezrobotna zarejestrowana w PUP - osoba długotrwale bezrobotna
- b) Bezrobotna zarejestrowana w PUP - inne
- c) Bezrobotna niezarejestrowana w PUP - osoba długotrwale bezrobotna
- d) Bezrobotna niezarejestrowana w PUP - inne
- e) Bierna zawodowo - osoba ucząca się
- f) Bierna zawodowo - osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- g) Bierna zawodowo - inne
- h) Osoba pracująca

Miejsce pracy:

- a) Osoba pracująca w administracji rządowej,
- b) Osoba pracująca w administracji samorządowej,
- c) Osoba pracująca w MMŚP (Mikro, Małych i Średnich Przedsiębiorców),
- d) Osoba pracująca w organizacji pozarządowej,
- e) Osoba prowadząca działalność gospodarczą na własny rachunek,
- f) Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie,
- g) inne

Osoba zatrudniona w

/nazwa zakładu pracy, nazwa firmy w przypadku osób prowadzących własną działalność/

Wykonywany zawód:

- a) Instruktor praktycznej nauki zawodu,
- b) Nauczyciel kształcenia ogólnego

- c) Nauczyciel wychowania przedszkolnego
- d) Nauczyciel kształcenia zawodowego
- e) Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- f) Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- g) Pracownik instytucji rynku pracy
- h) Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- i) Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- j) Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- k) Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- l) Rolnik
- m) Inny

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

- a) Nie
- b) Odmowa udzielenia odpowiedzi
- c) Tak

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

- a) Nie
- b) Tak

Osoba z niepełnosprawności:

- a) Nie
- b) Odmowa udzielenia odpowiedzi
- c) Tak (posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

- a) Tak
- b) Nie
- c) Odmowa podania informacji

Projekt „Umów się na kolonoskopię-20 minut, które ratuje życie” RPMP.08.06.02-IP.02-12-0031/18

ANKIETA /przed badaniem/

Imię, Nazwisko.....płeć:..... data urodz:.....
PESEL wzrost (cm):.....waga (kg):.....

Adres:.....
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Telefon: dom:.....kom:.....

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych realizowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach projektu: RPMP.08.06.02-IP.02-12-0031/18. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data Podpis

Oświadczam, że otrzymałem nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałem/em się z instrukcją przygotowania do kolonoskopii.

Data Podpis

WYPEŁNIA PACJENT

Czy występują u Pana(i) następujące objawy (otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź):

- | | | |
|--|------------|------------|
| - obecność krwi w stolcu (jeśli masz hemoroidy zawsze zaznacz NIE) | TAK | NIE |
| - bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach | TAK | NIE |
| - chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana | TAK | NIE |

Czy miał(a) Pan(i) wykonaną pełną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat **TAK NIE**

Dane o krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci):

Czy ktoś z tych krewnych miał nowotwór w obrębie jamy brzusznej? **TAK NIE NIE WIEM**

Jeśli TAK, proszę wypełnić poniższą tabelę:

Pokrewieństwo (np. ojciec)	Lokalizacja nowotworu (np. odbytnica, żołądek itp. lub nie wiem)	Wiek tej osoby, gdy rozpoznano nowotwór

- **Czy rozpoznano u Pana(i) istotne choroby:** **TAK NIE**
serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli TAK, proszę wymienić:
.....
- **Czy choruje Pan(i) na cukrzycę:** **TAK NIE**
Jeśli TAK: typ....., od ilu lat.....
czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK, od ilu lat..... **TAK NIE**
- **Czy pali Pan(i) papierosy:** **TAK NIE**
Jeśli TAK, od ilu lat..... ile sztuk dziennie.....
- **Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy:** **TAK NIE**
Jeśli TAK, ile lat..... ile sztuk dziennie.....od ilu lat nie pali.....
- **Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan(i) przewlekle**
(co najmniej przez 3 miesiące):
 - kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna) **TAK NIE NIE WIEM**
 - jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec, Ortanol): **TAK NIE NIE WIEM**

U kobiet: Czy stosuje (stosowała) Pani hormonalną terapię zastępczą? **TAK (ile lat.....) NIE**

Przebyte operacje brzuszne:

Uwagi:

Stwierdzam, że u danej osoby **nie podejrzewam raka jelita grubego**

(pieczętka + podpis lekarza kierującego)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Umów się na kolonoskopię – 20 minut , które ratuje życie” nr RPM-IP.02-12-0031/18, oświadczam , że przyjmuję do wiadomości , iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 — 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków,
2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 2/4, 00-926 Warszawa,
3. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 — dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014—2020
 - 4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;

4. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Umów się na kolonoskopię-20 minut, które ratuje życie”, nr RPMP.08.06.02-IP-12-0031/18, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 — 2020 (RPO WM);

5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej -Wojewódzki Urząd Pracy, z siedzibą w Krakowie przy ul. Plac na Stawach 1, 30-107 Kraków, beneficjentowi realizującemu projekt “Umów się na kolonoskopię-20 minut, które ratuje życie”, nr RPMP.08.06.02-IP.02-12-0031/18 – Skopia Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie przy ul. Josepha Conrada 79, 31-357 Kraków, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu:

1) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Cellula Pracownia Diagnostyki Cyto i Histopatologicznej, ul. Saska 25 25, 30–720 Kraków.

2) Diagnostyka Sp. z o.o., ul. Kosynierów Gdańskich 61 A, 93-357 Łódź

3) Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Wilhelma Konrada Roentgena 5, 02-781 Warszawa

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego¹, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole I audyt w ramach RPOWM:

Przychodnia Gastromed, ul. Księdza Józefa Stolarczyka 12, 34-500 Zakopane

6. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później²;

7. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;

8. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15-20 RODO;

¹Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014-2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju

² Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu (m. in. decyduje tutaj kwestia pomocy publicznej, rozliczania VAT. mechanizmów odzyskiwania, archiwizacji itp.) *Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

9. posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej. Przetwarzanie danych zostanie zaprzestane, chyba że IZ/IP będzie w stanie wykazać, że w stosunku do przetwarzanych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec interesów, praw i wolności lub dane będą IZ/IP niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
10. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
11. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
12. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane
13. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iodo@umwm.malopolska.pl lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;
14. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji³;
15. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy⁴;
16. do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej)⁵.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

3Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

4Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

5 Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy