

## DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

|                                                                        |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Dane osobowe uczestnika (proszę uzupełnić drukowanymi literami):       |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dla uczestnictwa w Projekcie podanie poniższych danych jest konieczne. |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię                                                                   |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko                                                               |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pesel                                                                  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Płeć                                                                   | <input type="checkbox"/> kobieta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> mężczyzna |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zamieszkania                                                     |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nr telefonu                                                            |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres e-mail                                                           |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałam/łem się z celami i założeniami projektu: Zadanie zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026 w zakresie zadania nr 2 pn. **Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących**, Celu Operacyjnego nr 4: **Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne** i będę uczestniczył/a w zadaniach realizowanych w ramach projektu:

wykonanie bezpłatnych badań laboratoryjnych: wykrywanie obecności krętków ***Borrelia burgdorferi*** oraz ***Borrelia miyamotoi*** w kleszczach usuniętych ze skóry pokłutych osób metodami molekularnymi.

Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie, tzn. wykonuję pracę:

- ☐ rolnika/zamieszkuję obszar wiejski i wykonuję prace rolne;
- ☐ leśnika;
- ☐ lekarza weterynarii/związaną ze służbami weterynaryjnymi;
- ☐ funkcjonariusza służb mundurowych;
- ☐ inną, proszę wpisać wykonywany zawód

*Uczestnik wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych, w szczególności na udostępnianie danych do celu monitoringu, kontroli oraz ewaluacji realizowanego zadania przez Ministra Zdrowia.*

## Miejsce i data

**Czytelny podpis uczestnika**

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych  
przez Ministerstwo Zdrowia**

*Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych osobowych bezpośrednio od osoby*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki**, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin, NIP 7120103781, REGON 000288521;
2. z Inspektorem Ochrony Danych w **Instytucie Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki**, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin może Pani/Pan skontaktować się poprzez **p. Małgorzatę Chudaś**, adres e-mail: **iod@imw.lublin.pl**;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026*, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e i c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym oraz do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (m.in. obowiązek archiwizacji dokumentacji medycznej wynikający z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą **Uczestnicy projektu oraz Ministerstwo Zdrowia**;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji Programu oraz prowadzenia analizy jego efektywności oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest niezbędne w celu udziału w zadaniu w ramach *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026*. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w tym Programie.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

---

Miejsce i data

---

Czytelny podpis uczestnika