**Formularz uczestnictwa w projekcie 2024**

***Centrum Zdrowia Seniora***

współfinansowany ze środków Miasta Krakowa.

**Fundacja Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię/Imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Płeć** | Kobieta  Mężczyzna |
| **Data urodzenia** |  |
| **PESEL** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Oświadczam, że:** | Jestem osobą po 60 roku życia  Posiadam dysfunkcję narządu ruchu:  ……………………………………………. |
| Oświadczam, że:   * Zapoznałem/ałam się z regulaminem w/w projektu i wyrażam zgodę na uczestnictwie w nim; * Zostałem/zostałam poinformowana, że projekt jest współfinansowanych ze środków Miasta Krakowa. * Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które może się odbyć się do 6 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie;   **……………………………………………….**  **Data i czytelny podpis**  Oświadczam, że:  □ Wyrażam zgodę  □ Nie wyrażam zgody  na umieszczanie i rozpowszechnianie swojego wizerunku w materiałach zdjęciowych, materiałach audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby informacji i promocji Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu. Nie będę wnosił/a żadnych roszczeń związanych z w/w publikacją. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przez jej wycofaniem. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych, w tym uzyskania ich kopii oraz ich poprawiania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych, przenoszenia danych do innego administratora oraz wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania, zgodnie z poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych.  **……………………………………………….**  **Data i czytelny podpis**  Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych, w tym danych sensytywnych dotyczących stanu mojego zdrowia, zbieranych do Podsystemu Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/6/WE – „RODO”).  **……………………………………………….**  **Data i czytelny podpis** | |
| **Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.**  W związku z przystąpieniem do projektu *Centrum Zdrowia Seniora*, dofinansowanego ze środków Miasta Kraków wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia, podanych w formularzu przez:   1. **Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu**, z siedzibą w Krakowie (30-408), ul. Odrzańska 13 / 2, KRS 0000749510 w celu i w zakresie niezbędnym do otrzymania wsparcia i pomocy w ramach realizacji projektu *Centrum Zdrowia Seniora*, zgodnie z poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych.   **……………………………………………….**  **Data i czytelny podpis**  Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych:  I. **ADMINISTRATOR DANYCH**  Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Fundacja Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu**, adres siedziby: Odrzańska 13 / 2, 30-408 Kraków, wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000749510, tel. 609 915 005, e-mail: [centrum@znowuwbiegu.pl](mailto:centrum@znowuwbiegu.pl)  II. **INSPEKTOR OCHRONY DANYCH**  Administratorzy wyznaczyli Inspektora Ochrony Danych, Pana Marcina Morasa, z którym można się kontaktować pod adresem email: [iod@iods.pl](mailto:iod@iods.pl).  III. **PODSTAWA PRAWNA I CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**  Pani/Pana dane osobowe, w tym szczególne kategorie danych dotyczące stanu zdrowia, będą przetwarzane w celu i w zakresie niezbędnym do:   1. organizowania i otrzymania wsparcia w ramach realizacji projektu *Centrum Zdrowia Seniora*, w tym poprzez : 2. udzielanie za pomocą dedykowanej telefonicznej infolinii niezbędnych informacji dotyczących pomocy medycznej, zaopatrzenia ortopedycznego, dostępu do lekarzy specjalistów, informacji na temat możliwości dofinansowania do zaopatrzenia ortopedycznego, 3. dokumentowania treści przeprowadzonej z Panią/Panem rozmowy w celu weryfikacji jakości obsługi prowadzonej przez naszych konsultantów i podnoszenia jej standardów lub wyjaśnienia ewentualnych sytuacji spornych, 4. kierowanie lub organizowanie pomocy psychologicznej, konsultacji rehabilitacyjnych, ortopedycznych, diagnostycznych, okulistycznych, kardiologicznych, u naszych specjalistów z dziedzin ortopedii, podologii, fizjoterapii.   (podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit a oraz art. 9 ust. 2 lit a RODO).   1. wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Fundacji związanych np. z przygotowaniem i złożeniem do instytucji publicznych sprawozdań finansowych lub innych raportów z działań Fundacji, wynikających z zawartych przez Fundację umów z instytucjami publicznymi i finansowymi w związku ze świadczoną pomocą, obowiązkiem przechowywania dokumentów finansowych, obowiązkiem archiwizacyjnym (podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit c RODO). 2. wykorzystania Pani/Pana wizerunku (w formie zdjęć lub materiałów audiovideo) w Internecie na stronie internetowej Fundacji oraz social mediach na profilu Facebook administrowanym przez Fundację - wyłącznie na podstawie udzielonej nam przez Panią/Pana zgody (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a RODO).   IV. **ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH**  1. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.  2. Pani/Pana dane osobowe mogą być ponadto przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora np. dostawcom usług informatycznych, podmiotom świadczącym usługi księgowe, prawne i doradcze oraz innym podmiotom przetwarzającym dane w celu określonych przez Administratora - przy czym takie podmioty przetwarzają dane wyłącznie na podstawie umowy z Administratorem.  V. **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH**  Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w punkcie III celów przetwarzania, tj.:  1) W zakresie wypełniania obowiązków ciążących na Fundacji - przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa, w tym dotyczące przedawnienia roszczeń oraz archiwizacji lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń (nie dłużej jednak niż przez okres 6 lat),  2) W zakresie, w jakim do ich przetwarzania konieczna była Pani/Pana zgoda – przez okres do czasu wycofania przez Panią/Pana tej zgody.  VI. **INFORMACJE O WYMOGU/DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH ORAZ KONSEKWENCJI NIE PODANIA DANYCH OSOBOWYCH**  Podanie nam danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów, o których mowa w pkt III. Niepodanie lub podanie niepełnych danych osobowych jest równoznaczne z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;  VII. **PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ**  W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych posiada Pani/Pan prawo do:  1) Dostępu do treści swoich danych osobowych, czyli prawo do uzyskania potwierdzenia czy przetwarzamy dane oraz informacji dotyczących takiego przetwarzania,  2) Otrzymania kopii danych osobowych – czyli prawo uzyskania kopii swoich danych osobowych, które są przetwarzane przez Administratora, czy czym pierwsza kopia jest bezpłatna, natomiast za następne Administrator jest uprawnionych do pobrania opłaty w rozsądnej wysokości,  3) Prawo do sprostowania danych, jeżeli dane przetwarzane przez nas są nieprawidłowe lub niekompletne,  4) Usunięcia danych osobowych – w sytuacji gdy dane nie będą już niezbędne do celów, dla których zostały przez nas zebrane, zostanie cofnięta zgodę na przetwarzanie danych, zostanie zgłoszony sprzeciw wobec przetwarzania danych, dane będą przetwarzane niezgodnie z prawem, dane powinny być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa;  5) Ograniczenia przetwarzania danych osobowych - gdy dane są nieprawidłowe może Pani/Pan żądać ograniczenia przetwarzania danych na okres pozwalający sprawdzić prawidłowość tych danych, dane będą przetwarzane niezgodnie z prawem, ale nie będzie Pani/Pan chciał, aby zostały usunięte, dane nie będą nam potrzebne, ale mogą być potrzebne Pani/Panu do obrony lub dochodzenia roszczeń lub gdy wniesie Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania danych – do czasu ustalenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po naszej stronie są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;  6) Przenoszenia danych - gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody lub umowy oraz przetwarzanie to odbywa się w sposób automatyczny,  7) Wniesienie sprzeciwu wobec przetwarzania danych gdy dane przetwarzane są przez nas w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej nam powierzonej lub na podstawie naszego uzasadnionego interesu lub wobec przetwarzania danych w celu marketingu bezpośredniego,  8) Cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem - jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie udzielonej nam zgody,  – w przypadkach i na warunkach określonych w RODO. Prawa wymienione w pkt 1-8 powyżej można zrealizować poprzez kontakt z Administratorem Danych.  VIII. **PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO**  Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z przepisami RODO.  IX. **ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI W TYM PROFILOWANIE**  Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.  X. **PRZEKAZYWANIE DANYCH OSOBOWYCH DO PAŃSTWA TRZECIEGO LUB ORGANIZACJI MIĘDZYNARODOWEJ**  Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.  **……………………………………………….**  **Data i czytelny podpis** | |

**WAŻNE INFORMACJE**

1. Opisz swoje obecne dolegliwości bólowe: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Wymień przebyte operacje/ zabiegi: ………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wymień choroby współistniejące:…………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wymień przyjmowane leki:…………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Zaznacz X jeśli dana kwestia Cię dotyczy:

* masz rozrusznik serca
* cierpisz na padaczkę
* masz nowotwór
* masz implanty metalowe
* ostatnio miałeś/miałaś nagłą utratę wagi

**LISTA OBECNOŚCI**

Imię i Nazwisko…………………………………………………………………………..

**CZERWIEC**

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**LIPIEC**

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**SIERPIEŃ**

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**WRZESIEŃ**

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**PAŹDZIERNIK**

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**LISTOPAD**

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |