



## Formularz zgłoszeniowy do projektu: „PRZECIWKO BORELIOZIE”

Numer projektu: RPLU.10.03.00-IZ.00-06-001/19

Priorytet: 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian

Działanie: 10.3 Programy polityki zdrowotnej

### I. Dane uczestnika:

1. Nazwisko i imię / imiona ..... Data urodzenia: .....

2. PESEL  3. Wiek ..... 4. Płeć  Kobieta  Mężczyzna

5. Numer telefonu ..... 6. Adres e-mail .....

### 7. Wykształcenie:

- Wyższe (uzyskany tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora),  
 Policealne (ukończona szkoła policealna)  
 Ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza szkoła zawodowa)  
 Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)  
 Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)  Niższe niż podstawowe

### 8. Adres zamieszkania:

Ulica.....nr domu.....nr lokalu..... kod pocztowy

Miejscowość.....Gmina ..... Powiat..... Województwo.....

Kraj.....

9. Obszar zamieszkania:  teren gęsto zaludniony  teren pośredni  teren słabo zaludniony

10. Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania) .....

11. Stan zdrowia .....

### II. Status uczestnika projektu na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

- Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  
w tym:  osoba długotrwale bezrobotna  inne
- Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  
w tym:  osoba długotrwale bezrobotna  inne
- Osoba bierna zawodowo  
w tym:  osoba ucząca się  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  inne
- Osoba pracująca  
w tym:  osoba pracująca w administracji rządowej  
 osoba pracująca w administracji samorządowej  
 osoba pracująca w organizacji pozarządowej  
 osoba prowadząca działalność na własny rachunek  
 osoba pracująca w MMŚP  
 osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  
 inne

Wykonywany zawód .....

Miejsce zatrudnienia (nazwa firmy) .....

### III. Oświadczenie dotyczące szczególnych kategorii danych osobowych:

1. Czy należysz do mniejszości narodowej lub etnicznej, jesteś migrantem lub osobą obcego pochodzenia?  
 Tak  Nie  Odmawiam podania informacji
2. Czy jesteś osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?  
 Tak  Nie
3. Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?  
 Tak  Nie  Odmawiam podania informacji
4. Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?  
 Tak  Nie  Odmawiam podania informacji





Ja niżej podpisany/a jednocześnie oświadczam, iż:

- mimo posiadania statusu osoby bezrobotnej lub biernej zawodowo poszukuję pracy i jestem zainteresowany/na jej podjęciem,
- zgodnie z wymogami projektu jestem uprawniony/na do uczestnictwa w nim, tj. spełniam warunki kwalifikowalności do projektu (jestem osobą w wieku aktywności zawodowej, zamieszkałą na terenie województwa lubelskiego),
- zapoznałem/am się z Regulaminem projektu „PRZECIWKO BORELIOZIE” i w całości akceptuję jego zapisy,
- zastałem/am poinformowany/na, że projekt PRZECIWKO BORELIOZIE jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- zostałem/am poinformowany/na o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (osoby z niepełnosprawnościami, migranci, osoby obcego pochodzenia, mniejszości narodowe lub etniczne, osoby w innej niekorzystnej sytuacji społecznej),
- zostałem/am pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i w związku z tym oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*







## Ankieta kwalifikacyjna dla uczestników Programu Zdrowotnego

Imię i nazwisko .....

PESEL 

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

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w programie: "Program wykrywania zakażeń *Borrelia burgdorferi* wśród mieszkańców województwa lubelskiego ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka jako profilaktyka boreliozy z Lyme na lata 2017 – 2019. Zostałem/am poinformowana o zasadach uczestnictwa oraz procedurach postępowania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celach związanych z realizacją programu profilaktycznego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182).

\_\_\_\_\_ podpis Uczestnika

\_\_\_\_\_ data

### 1. Miejsce zamieszkania

1. miasto
2. wieś

### 2. Czy należy Pan/i do osób narażonych na miejsce występowania kleszczy?

1. tak, zawodowo
2. tak, hobbistycznie
3. nie

### 3. Czy należy Pan/i do grup wysokiego ryzyka?

1. rolnicy
2. leśnicy
3. myśliwi

### 4. Czy jest Pan/i w wieku aktywności zawodowej? \*\*\*

1. tak
2. nie

### 5. Czy był/a Pan/Pani pokłuty/a przez kleszcze?

1. tak
2. nie
3. nie pamiętam

### 6. Jeśli tak, ile razy był/a Pan/Pani pokłuta przez kleszcze w swoim życiu?

1. nie dotyczy
2. jeden raz
3. kilka razy
4. kilkanaście razy
5. nie pamiętam

### 7. Które z niżej wymienionych objawów występują u Pana/i obecnie?

1. zmęczenie, problemy ze snem
2. bóle mięśni
3. bóle stawów
4. bóle głowy
5. bóle innych części ciała
6. depresja, obniżony nastrój
7. problemy z funkcjonowaniem umysłowym (pamięć, uwaga)
8. neuropatia (uczucie drętwienia, mrowienie, palenie kończyn, skóry)

### 8. Czy wystąpił u Pana/i kiedykolwiek typowy rumień wędrujący, będący objawem boreliozy?

1. tak
2. nie
3. była obecna jakaś zmiana, ale nie był to typowy rumień wędrujący
4. nie wiem





**9. Czy miał/a Pan/Pani stwierdzoną przez lekarza boreliozę lub podejrzenie boreliozy?**

1. tak
2. nie
3. nie pamiętam

**10. Czy miał/a Pan/Pani wykonywane badania laboratoryjne surowicy krwi w kierunku boreliozy?**

1. tak
2. nie
3. nie pamiętam

**11. Jeśli tak, to jaki był wynik?:**

1. dodatni
2. ujemny
3. wątpliwy
4. nie pamiętam

**12. Czy po powrocie z terenów zalesionych sprawdza Pan/Pani swoje ciało w celu ewentualnego usunięcia kleszcza?**

1. tak
2. nie
3. sporadycznie

**13. Czy potrafiłaby/by Pan/Pani usunąć kleszcza z ciała?**

1. tak
2. nie
3. nie wiem

**14. Czy usuwał/a Pan/Pani kleszcza z ciała?**

1. tak
2. nie
3. rzadko

**15. Czy do usuwania kleszcza użyłby/aby lub używa Pan/Pani?**

1. specjalny przyrząd tj. pęseta, „kleszczołapek”
2. palców dłoni
3. innych sposobów

**16. Czy stosuje Pan/Pani preparaty przeciw kleszczom – repelenty (środki odstrasżające kleszcze i komary) podczas przebywania na terenach rekreacyjnych?**

1. tak
2. nie
3. sporadycznie

**17. Czy przebywając na terenach leśnych pamięta Pan/Pani o odpowiednim ubiorze by zmniejszyć ryzyko pokłucia przez kleszcze?**

1. tak, zawsze pamiętam
2. tak, raczej pamiętam
3. nigdy nie zwracam na to uwagi

\*\*\* Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego obszarze zdrowia na lata 2014 – 2020, Warszawa 8 grudnia 2016 „Osoba w wieku aktywności zawodowej” – to aktywna zawodowo osoba w wieku 15 lat i więcej (zgodnie z analogiczną metodologią, która jest stosowana w ramach przeprowadzanego cyklicznie przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, osoba aktywna zawodowo to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem). O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym).





## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014- 2020,
2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.
  - I. **W związku z przystąpieniem do projektu pn. „PRZECIWKO BORELIOZIE” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**
    1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
      - a. Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1.
      - b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.
    2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014- 2020 na podstawie:
      - a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
      - b. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
      - c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014– 2020 (Dz. U. z 2018 r., poz. 1431 z późn. zm.),
      - d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
  3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
    - a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
    - b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno- promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.
  4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:
    - a. Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014- 2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin,
    - b. Beneficjentowi realizującemu projekt: Centrum Medycznemu SANITAS Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Okopowa 3, 20-022 Lublin.







c. Podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu:

- Praktyka Pielęgniarska Agnieszka Golecka Centrum Urody, ul. 1 Maja 53/10, 20-410 Lublin,
- Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Pielęgniarska Bartłomiej Chmielewski, Turka, ul. Jarzębinowa 2 lok. 32, 20-258 Lublin,
- Praktyka Lekarska Grażyna Semczuk, ul. Kurantowa 8 lok. 22, 20- 836 Lublin,
- Maja Chrzanowska- Wąsik Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska, ul. Turkusowa 20/43, 20-572 Lublin.
- Diagnostyka sp. z o.o. ul. prof. Michała Życzkowskiego 16, 31-964 Kraków Region Pd. – Wsch. O/Lublin.

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014- 2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

5. Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014- 2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.).
6. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
7. W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
8. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno- zawodowej.
9. Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014- 2020*.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres e-mail: [iod@lubelskie.pl](mailto:iod@lubelskie.pl) (IOD w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubelskiego) lub [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) (IOD w Ministerstwie Inwestycji i Rozwoju)
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych.
14. Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.
15. Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.
16. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego i organizacji międzynarodowej.
17. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**





### Skala ewaluacyjna I

Przeczytaj uważnie pytania i udziel na nie odpowiedzi. Jeśli czegoś nie wiesz, zostaw puste miejsce i przejdź do następnego punktu.

Imię i nazwisko.....

**1. Czy borelioza jest chorobą zakaźną?**

- 1) tak
- 2) nie

**2. Borelioza to choroba wywołana przez:**

- 1) bakterie
- 2) wirusy

**3. Czy wie Pan/Pani jakie są drogi zakażenia boreliozą?**

- 1) tak wiem (*proszę wpisać drogi zakażenia.....*)
- 2) nie wiem

**4. Borelioza to choroba:**

- 1) wielonarządowa
- 2) jednonarządowa

**5. Czy wie Pan/Pani, jakiego rodzaju objawy świadczą o zakażeniu boreliozą?**

- 1) tak wiem (*proszę wpisać objawy świadczące o zakażeniu*)  
.....
- 2) nie wiem

**6. W jaki sposób można zapobiegać chorobom odkleszczowym**

.....

**7. Borelioza to choroba:**

- 1) uleczalna
- 2) nieuleczalna

**8. Czy przeciwko boreliozie można się zaszczepić?**

- 1) tak
- 2) nie
- 3) nie wiem

**9. Czy wie Pan/Pani kto jest najbardziej narażony na zakażenie boreliozą – jakie grupy zawodów?**

- 1) tak (*proszę wpisać jakie grupy zawodów*)  
.....
- 2) nie wiem

**10. Czy borelioza należy do chorób zawodowych?**

- 1) tak
- 2) nie

