

Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce

**ZAŁĄCZNIK NR 3 DO UMOWY**

**ZAKRES DANYCH NIEZBĘDNYCH DO PRZETWARZANIA**

	Lp.	Zakres danych	Dane
Dane uczestnika	1	Kraj	
	2	Rodzaj uczestnika	Indywidualny
	3	Imię	
	4	Nazwisko	
	5	Płeć	
	6	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
	7	PESEL	
	8	Wykształcenie	
Dane kontaktowe	9	Ulica	
	10	Nr domu	
	11	Nr lokalu	
	12	Miejscowość	
	13	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
	14	Kod pocztowy	
	15	Województwo	
	16	Powiat	
	17	Gmina	
	18	Telefon kontaktowy	
	19	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Dane dodatkowe	20	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	21	Data zakończenia udziału w projekcie	
	22	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce

	23	Wykonywany zawód	
Dane dodatkowe	24	Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia)	
	25	Sytuacja w momencie zakończenia udziału w projekcie	
	26	Zakończenie udziału we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<b>TAK/NIE *</b>
	27	Rodzaj przyznanego wsparcia (nazwa szkolenia)	
	28	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
	29	Data zakończenia udziału we wsparciu	
	30	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**	<b>TAK/NIE/ODMOWA PODANIA INFORMACJI*</b>
	31	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<b>TAK/NIE/*</b>
	32	Osoba z niepełnosprawnościami**	<b>TAK/NIE/ODMOWA PODANIA INFORMACJI*</b>
	33	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**	<b>TAK/NIE/ODMOWA PODANIA INFORMACJI*</b>

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Dane wrażliwe

**Lider Projektu**

**Partnerzy Projektu**

Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce

## **Załącznik 7A do umowy: Wzór oświadczenia uczestnika**

### **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją - jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
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 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:

- 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 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);

2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:

- 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,
- 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,
- 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 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),

**Lider Projektu**

**Partnerzy Projektu**

Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce

- 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 realizacji projektu „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją - jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
  4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Centrum Projektów Europejskich, ul. Domaniewska 39A, 02-671 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, partnerowi realizującemu projekt – Uniwersytetowi Warszawskiemu, ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, 00-927 Warszawa oraz podmiotom, które na zlecenie partnera uczestniczą w realizacji projektu – Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa oraz hotelowi Ibis Style Warszawa City ul. Grzybowska 43 (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
  5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
  6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
  7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
  8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. 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 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie<sup>1</sup>:
- 1) 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,

<sup>1</sup> Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.

Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce

- 2) 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,
- 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
- 4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Centrum Projektów Europejskich, ul. Domaniewska 39A, 02-671 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, partnerowi realizującemu projekt – Uniwersytetowi Warszawskiemu, ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, 00-927 Warszawa oraz podmiotom, które na zlecenie partnera uczestniczą w realizacji projektu - Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa oraz hotelowi Ibis Style Warszawa City ul. Grzybowska 43 (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub adres poczty [iod@adm.uw.edu.pl](mailto:iod@adm.uw.edu.pl) (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Partnera).
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

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

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

**ZAŁĄCZNIK NR 4 DO UMOWY**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/y ..... deklaruje udział w projekcie pn. „**Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce**”, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014- 2020.

Zostałam/em poinformowana/y o tym, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, zapoznałam/em się z Regulamin rekrutacji i udziału w studiach podyplomowych Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją i w pełni go akceptuję.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w związku z rekrutacją i udziałem w projekcie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Zostałam/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

---

data i czytelny podpis uczestnika/czki

**Lider Projektu**

**Partnerzy Projektu**

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y ..... wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie swojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach i nagraniach wideo dokumentujących przebieg zajęć edukacyjnych w ramach studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”. Zgoda obejmuje takie formy publikacji jak: udostępnienie na stronie internetowej Organizatora oraz Lidera projektu – Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz na kanałach informacyjnych dotyczących projektu oraz zamieszczenie w materiałach promocyjnych i informacyjnych projektu. Uczestnik/czka dopuszcza również możliwość przetwarzania swojego wizerunku poprzez kadrowanie.

---

data i czytelny podpis uczestnika/czki

### Lider Projektu

### Partnerzy Projektu

Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO UMOWY**

**PLAN STUDIÓW**

Lp.	Nazwa przedmiotu	Forma zajęć	Forma zaliczenia	Liczba godzin dydaktycznych	Liczba godz. pracy własnej	Łączna liczba godz.	ECTS
<b>SEMESTR I</b>							
1	Podstawy systemowe rehabilitacji	W	zal/o	15	60	75	3
2	Prawo zabezpieczenia społecznego, prawo administracyjne i cywilne	K	zal/o	20	30	50	2
3	Prawo pracy	K	zal/o	15	35	50	2
4	Propedeutyka anatomii, fizjologii i patofizjologii człowieka	W	zal/o	6	20	26	1
5	Propedeutyka medycyny	W	zal/o	3	20	23	1
6	Propedeutyka rehabilitacji medycznej	W	E	24 (20 W; 4 C)	50	74	3
7	Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia	W	E	10	40	50	2
8	Kompetencje interpersonalne	War	zal	20	30	50	2
9	Stres i odporność psychiczna	War	zal	15	35	50	2
<b>Suma</b>				<b>128</b>			
<b>SEMESTR II</b>							
1	Budowanie zespołu	War	zal	15	35	50	2
2	Rehabilitacja zawodowa: wybrane zagadnienia	K	zal/o	13	35	48	2
3	Rehabilitacja społeczna: wybrane zagadnienia	K	zal/o	12	10	22	1
4	Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel,	W	zal/o	4	20	24	1

**Lider Projektu**

**Partnerzy Projektu**



Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce

	zadania, specyfika, promocja						
5	Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją i ocena sytuacji klienta	W (5), war (5)	zal/o	10	15	25	1
6	Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją II: planowanie, koordynacja i ocena procesu	W (6), War (6)	zal/o	12	35	37	2
7	Dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych	WS	zal	10	15	25	1
8	Seminarium promotorskie	Sem	zal	6	45	51	2
<b>Suma</b>				<b>82</b>			
<b>RAZEM LICZBA GODZIN DYDAKTYCZNYCH I PUNKTÓW ECTS W OBU SEMESTRACH</b>				<b>210</b>			<b>30</b>

#### Lider Projektu

#### Partnerzy Projektu

Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce

### WNIOSEK O MOŻLIWOŚĆ SKORZYSTANIA Z NOCLEGU

Ja niżej podpisany/a .....

zamieszkały/a.....

wnioskuję o możliwość skorzystania z noclegu w dniach ..... w związku z udziałem w studiach podyplomowych **Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją** realizowanych w ramach projektu „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce”.

Oświadczam iż moje miejsce zamieszkania jest inne niż miejscowość w której realizowane są studia, a odległość od miejsca realizacji studiów jest\*:

większa niż 50 km (droga publiczną),

mniejsza niż 50 km (droga publiczną) – w przypadku zaznaczenia tej opcji, należy podać uzasadnienie potrzeby zapewnienia noclegu.

.....

(Data i podpis)

.....

(data i podpis Koordynatora)

.....

(data i podpis osoby Zatwierdzającej)

\*wybrać jedną z opcji

#### Lider Projektu

#### Partnerzy Projektu

Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce

Załącznik nr 8 do Polityki Przepływów finansowych

**OŚWIADCZENIE** nr...../...../..... z dnia .....

(kolejny numer w miesiącu-wypełnia uczelnia)

Ja                    niżej                    podpisany/a                    .....                    zamieszkały/a:  
..... oświadczam, że koszty przejazdu na trasie ..... - ..... -  
..... w dniu/dniach ..... w związku z dojazdem na studia podyplomowe organizowane  
przez..... w ramach projektu „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds.  
zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce” wyniosły ..... zł brutto  
(słownie) .....

W załączeniu przedstawiam:

oryginały biletów dokumentujące fakt przejazdu i jego koszt w ilości ..... szt.<sup>1</sup>

wydruk potwierdzający cenę biletu przewoźnika na trasie<sup>2</sup>

Proszę o zwrot poniesionych wydatków na konto bankowe nr:

.....

Powyższe oświadczenie składam świadoma/y odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 KK) za  
składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

(Data i podpis)

.....

(data i podpis Koordynatora)

.....

(data i podpis osoby Zatwierdzającej)

1. w przypadku podróży komunikacją zbiorową. Dotyczy wyłącznie przejazdu do/z miasta, gdzie odbywają się zajęcia.
2. w przypadku przejazdu samochodem osobowym

**Lider Projektu**

**Partnerzy Projektu**

Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce

#### Lider Projektu

#### Partnerzy Projektu