



REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Regulamin określa zasady rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie „**Projekt zdrowotny**” realizowanym w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021–2027 Priorytet IX „Zaspokajanie potrzeb rynku pracy”, Działanie 9.5 „Ochrona środowiska pracy” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

§ 1.

Definicje

Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:

1. **Regulamin** – Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w ramach projektu „Projekt zdrowotny” nr FELU.09.05-IZ.00-0035/25,
2. **Projekt** – projekt nr FELU.09.05-IZ.00-0035/25 pod nazwą „Projekt zdrowotny”,
3. **Beneficjent/Wnioskodawca/Organizator/Projektodawca** -**Praktyka Lekarza Rodzinnego "RODZINA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**
1. **Biuro projektu** –Aleja Lotników Polskich 22, 21-040 Świdnik, na terenie woj. lubelskiego, do zarządzania i obsługi Projektu
2. **Uczestnik projektu** – osoba bezpośrednio korzystająca z udzielanego wsparcia.

§ 2.

Informacje o projekcie

1. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego na lata 2021-2027, Oś Priorytetowa IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy, Działanie 9.5 Ochrona środowiska pracy, na podstawie umowy nr 58/FELU.09.05-IZ.00-0035/25-00
2. Projekt jest realizowany przez Beneficjenta.
3. Okres realizacji projektu: 01.06.2026 – 30.09.2027.
4. Obszar realizacji projektu obejmuje województwo lubelskie.
5. Celem projektu jest ograniczenie zdrowotnych czynników ryzyka w środowisku pracy 7 pracowników Wnioskodawcy (3 lekarzy, 2 pielęgniarki, 2 os. z zarządu) oraz 2 lekarzy kontraktowych współpracujących z Wnioskodawcą poprzez wdrożenie działań profilaktycznych, ergonomicznych i organizacyjnych w przedsiębiorstwie: PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "RODZINA" Sp. z o.o. z siedzibą w Świdniku.
6. Projekt zakłada w szczególności:
 - a) Profilaktyka i diagnostyka:
 - konsultacje ortopedyczne/fizjoterapeutyczne
 - opracowanie indywidualnych planów ćwiczeń dopasowanych do specyfiki pracy,
 - warsztaty dot. ćwiczeń w miejscu pracy i po dyżurze z elementami radzenia sobie ze stresem.
 - b) Regularna rehabilitacja:
 - 240 godzin fizjoterapii prowadzonych w miejscu pracy przez 1 rok.
 - c) Poprawa ergonomii stanowisk pracy:
 - wyposażenie stanowisk w ergonomiczne fotele, biurka z regulacją wysokości, monitory z podstawką, myszy i klawiatury ergonomiczne.
7. Realizacja wsparcia będzie dokonywana na podstawie indywidualnie zdiagnozowanego zapotrzebowania pracowników.

Uczestnicy projektu

1. Uczestnikami Projektu mogą być osoby:
 - a) pełnoletnie,
 - b) wykonujące pracę na terenie województwa lubelskiego,
 - c) pracujące, zatrudnione na umowę o pracę będące pracownikami PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "RODZINA" Sp. z o.o. z siedzibą w Świdniku i osoby prowadzące działalność gospodarczą świadczące usługi w ramach modelu B2B na rzecz PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "RODZINA" Sp. z o.o.
 - d) narażone na występowanie czynników ryzyka związanych ze środowiskiem pracy,

§4

Proces rekrutacji i zasady uczestnictwa

1. Rekrutacja prowadzona będzie w sposób otwarty, przejrzysty i niedyskryminujący.
2. Rekrutacja uczestniczek i uczestników projektu zostanie przeprowadzona w siedzibie firmy PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "RODZINA" Sp. z o.o., w sierpniu 2026 z zachowaniem przejrzystości, równego dostępu i weryfikacji kwalifikowalności uczestników.
3. Proces rekrutacji zostanie przeprowadzony wewnętrznie przez pracodawcę, w formie otwartego naboru dla wszystkich pracowników i innych osób spełniających kryteria kwalifikowalności (osoby na B2B)
4. Warunkiem udziału w Projekcie jest:
 - a) złożenie formularza zgłoszeniowego, stanowiącego Załącznik nr 1
 - b) podpisanie deklaracji uczestnictwa, stanowiącego Załącznik nr 2
5. Wzory dokumentów niezbędnych do zgłoszenia uczestnictwa w projekcie, wymienione w ust. 4 można pobrać ze strony internetowej projektu: www.plr-rodzina.pl lub otrzymać wersje drukowane w Biurze Projektu.
6. Dokumenty zgłoszeniowe należy dostarczyć do Biura Projektu elektronicznie lub osobiście.
7. Kwalifikacji Uczestników do Projektu dokonuje Koordynator projektu na podstawie weryfikacji kryteriów z §3.
8. W szczególnych sytuacjach losowych Uczestnik może złożyć rezygnację przed rozpoczęciem wsparcia w momencie zaistnienia okoliczności, które uniemożliwiają jego rozpoczęcie, na piśmie zgodnie z Załącznikiem nr 4 do niniejszego regulaminu.
9. Za dzień rezygnacji uznaje się datę złożenia rezygnacji w Biurze projektu, następnie Uczestnik zostaje skreślony z listy Uczestników.
10. W przypadku przerwania lub rezygnacji z kursu po ich rozpoczęciu, Uczestnik składa rezygnację niezwłocznie, na zasadach pisanych w pkt 8 i 9.
11. Uczestnik zakwalifikowany do udziału w kursie może zostać również skreślony z listy Uczestników w przypadku:
 - a) naruszenia zasad uczestnictwa w kursach dla uczestników określonych niniejszym regulaminem
 - b) naruszenie obowiązujących przepisów BHP, P/POŻ, przepisów porządkowych podczas zajęć
 - c) stawienia się na zajęcia pod wpływem alkoholu lub środków odurzających,
12. Skreślenia dokonuje Koordynator projektu, wskazując równocześnie pierwszą w kolejności osobę z listy rezerwowej zakwalifikowaną do zastąpienia osoby skreślonej z listy.

§5

Formy wsparcia

1. W ramach Projektu uczestnicy mogą korzystać z następujących form wsparcia:
 - a) Konsultacji ortopedycznych/fizjoterapeutycznych
 - b) Opracowanie indywidualnych planów ćwiczeń dopasowanych do specyfiki pracy,
 - c) Warsztatów dot. ćwiczeń w miejscu pracy i po dyżurze z elementami radzenia sobie ze stresem.
 - d) Regularnej rehabilitacji,
 - e) Poprawy ergonomii stanowisk pracy poprzez wyposażenie stanowisk
2. Szczegółowy zakres wsparcia określa harmonogram Projektu.

§6

Prawa i obowiązki uczestników

1. Uczestnik Projektu ma prawo do:
 - a) nieodpłatnego udziału w Projekcie,
 - b) korzystania z przewidzianych form wsparcia,
 - c) otrzymania materiałów szkoleniowych – jeśli przewidziano.
2. Uczestnik zobowiązany jest do:
 - a) aktywnego uczestnictwa w działaniach projektowych,
 - b) potwierdzania obecności na zajęciach,
 - c) wypełniania ankiet i dokumentów ewaluacyjnych,
 - d) informowania o zmianie danych kontaktowych.
3. Uczestnik projektu zobowiązuje się do:
 - 1) przestrzegania niniejszego Regulaminu,
 - 2) złożenia wszystkich niezbędnych dokumentów wymaganych w procesie rekrutacji,
 - 3) regularnego uczestnictwa we wszystkich zajęciach, na które został zakwalifikowany –
 - 4) informowania o wszystkich sytuacjach, które mogłyby wpłynąć na przebieg wsparcia, w tym zwłaszcza nieobecności spowodowanych sytuacjami losowymi, chorobą lub inną usprawiedliwioną przyczyną,
 - 5) podania danych niezbędnych do monitorowania wskaźników kluczowych, ewaluacji oraz zobowiązuje się do przekazania informacji na temat swojej sytuacji na rynku pracy po opuszczeniu programu,
 - 6) bieżącego informowania koordynatora projektu o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział w projekcie.
4. Uczestnik Projektu zobowiązuje się w ciągu czterech tygodni po zakończeniu udziału w projekcie do udostępnienia danych dotyczących jego statusu na rynku pracy.

§7

Zasady przetwarzania danych osobowych

1. Dane osobowe uczestników będą przetwarzane zgodnie z przepisami RODO oraz ustawą o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich.
2. Administratorem danych osobowych jest PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "RODZINA" Sp. z o.o.
3. Dane przetwarzane będą wyłącznie w celu realizacji, monitorowania i rozliczania Projektu.

§8

Monitoring i ewaluacja

1. Uczestnicy Projektu zobowiązani są do udziału w działaniach monitoringowych i ewaluacyjnych.
2. Organizator zastrzega sobie możliwość objęcia kontrolą uczestnika, przez IZ, Komisję Europejską, ETO i OLAF oraz badaniem ewaluacyjnym prowadzonym przez podmiot zewnętrzny na zlecenie IZ.

§9

Postanowienia końcowe

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. Organizator zastrzega sobie prawo do zmian Regulaminu wynikających w szczególności ze zmian wytycznych programowych lub zapisów umowy o dofinansowanie.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem decyzje podejmuje Beneficjent.
4. Regulamin dostępny jest w Biurze Projektu oraz na stronie internetowej Projektu.
5. Projektodawca zastrzega sobie prawo do zmiany Regulaminu, zmiany te obowiązywać będą od dnia ich opublikowania na stronie internetowej projektu www.plr-rodzina.pl

Załączniki:

1. Formularz zgłoszeniowy uczestnika
2. Deklaracja uczestnictwa
3. Oświadczenie uczestnika projektu
4. Rezygnacja z uczestnictwa w projekcie

Załącznik nr 1
Formularz rekrutacyjny



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU

NAZWA BENEFICJENTA:	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "RODZINA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
TYTUŁ PROJEKTU:	„Projekt zdrowotny”
NR PROJEKTU:	FELU.09.05-IZ.00-0035/25

RODZAJ UCZESTNIKA	INDYWIDUALNY	PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU									
NAZWA PODMIOTU (jeśli zaznaczono pole pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu)											
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE (za datę rozpoczęcia udziału w projekcie uznaje się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia)											
DANE UCZESTNIKA											
IMIĘ											
NAZWISKO											
PESEL/INNY IDENTYFIKATOR											
PŁEĆ	MĘŻCZYZNA		KOBIETA		WIEK (w chwili przystąpienia do projektu)						
OBYWATELSTWO											
WYKSZTAŁCENIE:	ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2)										
	PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4)										
	WYŻSZE (ISCED 5–8)										
DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA											
KRAJ											
WOJEWÓDZTWO											
POWIAT											
GMINA											
MIEJSCOWOŚĆ											
ULICA											
NR BUDYNKU											
NR LOKALU											

RODZAJ UCZESTNIKA	INDYWIDUALNY	PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU
KOD POCZTOWY		
TELEFON KONTAKTOWY		
ADRES E-MAIL		

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU					
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK		NIE		
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK		NIE		
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karańska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	TAK		NIE		
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE

SZCZEGÓŁY WSPARCIA	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)	
OSOBA BIERNA ZAWODOWO tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną	
W TYM	OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU
W TYM	OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE - studenci studiów stacjonarnych - dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących - doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych
W TYM	INNE
OSOBA BEZROBOTNA	
OSOBA PRACUJĄCA	
RODZAJ WSPARCIA	
Konsultacja ortopedyczna/fizjoterapeutyczna	✓
Opracowanie indywidualnego planu ćwiczeń	✓
Szkolenie z ergonomii w miejscu i na stanowisku pracy	✓
Rehabilitacja indywidualna	✓

INFORMACJA O SPECJALNYCH POTRZEBACH**OŚWIADCZENIE**

W terminie 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.

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Projekt zdrowotny” oraz akceptuję jego warunki, w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do ich przestrzegania
- zostałem/-am poinformowany/a, że projekt „Projekt zdrowotny” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
- zostałem/-am poinformowany/-a, że złożenie niniejszego formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w projekcie,
- zostałem/-am poinformowany/-a, że mogę zostać objęty/-a badaniem ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu i po jego zakończeniu,
- zgodnie z wymogami projektu jestem uprawniony/a do uczestniczenia w nim (spełniam warunki kwalifikowalności Uczestników/-czek projektu),

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie, wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku w celach promocyjnych i informacyjnych związanych z realizacją projektu „Projekt zdrowotny” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 przez Województwo Lubelskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Lubelskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 oraz Beneficjenta projektu Praktyka Lekarza Rodzinnego „RODZINA” Sp. z o.o. Zgoda dotyczy fotografii, wypowiedzi i nagrań audiowizualnych mojej osoby w ramach realizacji projektu oraz obejmuje takie formy publikacji jak: umieszczenie na social mediach oraz stronach www IZ oraz Beneficjenta. Dopuszczam możliwość przetwarzania mojego wizerunku przez kadrowanie i obróbkę, w tym obróbkę cyfrową. Niniejsza zgoda odnosi się do wielokrotnego, nieograniczonego czasowo i terytorialnie rozpowszechniania wizerunku, bez konieczności każdorazowego zatwierdzania. Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oraz potwierdzam, że wszystkie dane podane przeze mnie są prawdziwe.

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

Załącznik nr 2

Deklaracja uczestnictwa w projekcie



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisana/-y

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania, PESEL)

deklaruję udział w projekcie w projekcie „Projekt zdrowotny” realizowanym przez Praktyka Lekarza Rodzinnego „RODZINA” Sp. z o.o, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Oś Priorytetowa IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy, Działanie 9.5 Ochrona środowiska pracy.

Jednocześnie oświadczam, iż:

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.
2. Zapoznałem(-am) się z Regulaminem niniejszego Projektu i w pełni go akceptuję.
3. Przekazane przeze mnie dane podane w Formularzu zgłoszeniowym uczestnika projektu są zgodne z prawdą.
4. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wskazanym w formularzu rekrutacyjnym oraz na przetwarzanie i publikowanie mojego wizerunku wyłącznie przez:
 - Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego, ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin
 - Instytucję Zarządzającą Programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.
 - Wnioskodawcę – Praktyka Lekarza Rodzinnego „RODZINA” Sp. z o.o, Al. Lotników Polskich 22, 21-040 Świdnik, w celach realizacji projektu pn. „Projekt zdrowotny” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.
5. Zostałam/łem poinformowana/-ny, że w przypadku określonym w pkt. 4 nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy.

.....
(Miejscowość, data)

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU
Klauzula informacyjna w projekcie „Projekt zdrowotny”

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych dla wszystkich osób zaangażowanych w projekty realizowane w ramach FELU (w tym uczestników projektu).

Nr projektu FELU.09.05-IZ.00-0035/25

W celu wykonania obowiązku nałożonego art. 13 i 14 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1), w związku z art. 88 ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, zwanej dalej ustawą wdrożeniową oraz przystąpieniem do Projektu pn. „Projekt zdrowotny” informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych:

1. Administrator

Odrębnym administratorem Państwa danych jest Zarząd Województwa Lubelskiego będący Instytucją Zarządzającą Funduszy Europejskich dla Lubelskiego 2021-2027, z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin.

2. Cel przetwarzania danych

- 1) dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją FELU 2021-2027, w szczególności w celu monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników;
- 2) podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji wyżej wymienionego celu. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości podjęcia stosownych działań.

3. Podstawa przetwarzania

Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z tym, że:

Zobowiązuje nas do tego **prawo** (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g):

- 1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 159, z późn. zm.);
- 2) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.);
- 3) ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, w szczególności art. 87-93.

4. Sposób pozyskiwania danych

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od wnioskodawców, beneficjentów, partnerów.

5. Dostęp do danych osobowych

Dostęp do Państwa danych osobowych mają pracownicy i współpracownicy administratora. Ponadto Państwa dane osobowe mogą być powierzane lub udostępniane:

- 1) podmiotom, którym zleciliśmy wykonywanie zadań w ramach FELU 2021-2027;

- 2) organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych;
- 3) podmiotom, które wykonują dla nas usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym;
- 4) innym podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów prawa.

6. Okres przechowywania danych

Dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w punkcie 2.

7. Prawa osób, których dane dotyczą

Przysługują Państwu następujące prawa:

- 1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO);
- 2) prawo do sprostowania swoich danych (art. 16 RODO);
- 3) prawo do usunięcia swoich danych (art. 17 RODO) - jeśli nie zaistniały okoliczności, o których mowa w art. 17 ust. 3 RODO;
- 4) prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania swoich danych (art. 18 RODO);
- 5) prawo do przenoszenia swoich danych (art. 20 RODO) - jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie umowy: w celu jej zawarcia lub realizacji (w myśl art. 6 ust. 1 lit. b RODO), oraz w sposób zautomatyzowany¹;
- 6) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 RODO) - w przypadku, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujące kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Polsce.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

9. Przekazywanie danych do państwa trzeciego

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

10. Kontakt z administratorem danych i Inspektorem Ochrony Danych

Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania przez Instytucję Zarządzającą FELU 2021-2027, prosimy kontaktować się pod adresem: Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego, ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin, tel. (81) 441-66-00, email: info@lubelskie.pl. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@lubelskie.pl.

.....
(Data i miejscowość)

.....
(Czytelny podpis Uczestnika Projektu)

1) Do automatyzacji procesu przetwarzania danych osobowych wystarczy, że dane te są zapisane na dysku komputera.

Załącznik nr 4
Rezygnacja z uczestnictwa w projekcie



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROJEKCIE

..... (Imię i nazwisko)

..... (PESEL)

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, iż rezygnuję z udziału w projekcie nr FELU.09.05-IZ.00-0035/25 pn. „Projekt zdrowotny” realizowanym na podstawie umowy nr 58/FELU.09.05-IZ.00-0035/25-00 z dnia 31.07.2026 r. w ramach Funduszy Europejskich dla Lubelskiego na lata 2021-2027, Oś Priorytetowa IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy, Działanie 9.5 Ochrona środowiska pracy.

Jednocześnie informuję, iż przyczyną mojej rezygnacji z udziału w projekcie jest

.....
.....
.....
.....

Ponadto oświadczam, iż ww. powody rezygnacji nie były mi znane w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie oraz że zapoznałem/łam się z zasadami rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie zawartymi w regulaminie rekrutacji i uczestnictwa.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS