

Zarządzenie Nr 39/2019

Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie wprowadzenia „Regulaminu
naboru oraz udziału lekarzy i lekarzy rezydentów w kursach
endolaparoskopowych”

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668) w związku § 20 ust. 2 pkt 7 Statutu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadzam „Regulamin naboru oraz udziału lekarzy i lekarzy rezydentów w kursach endolaparoskopowych”, która stanowi załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

prof. dr hab. Bogusław Machaliński
Rektor PUM

Projekt pn. „Endolaparoskopia – innowacyjne metody nauczania praktycznego lekarzy i rezydentów”

realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Umowa o dofinansowanie projektu nr POWR.05.04.00-00-0154/18-00
Nr projektu: POWR.05.04.00-00-0154/18

Regulamin naboru oraz udziału lekarzy i lekarzy rezydentów w kursach endolaparoskopowych

Rozdział I
NABÓR

§ 1

1. Uczestnikami kursu mogą być lekarze oraz lekarze rezydenci specjalizujący się w chirurgii ogólnej i gastroenterologicznej oraz lekarze specjalizujący się w dyscyplinach zabiegowych, gdzie wykonywane są zabiegi laparoskopowe i endoskopowe.
2. Uczestnicy kursu mogą być zatrudnieni w podmiocie leczniczym lub też wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2019, poz. 2190 t.j. z późn. zm.).
3. Liczba lekarzy, których przeszkolenie zaplanowano w czasie trwania projektu wynika z założeń projektu i obejmuje co najmniej 180 osób.
4. Zajęcia będą realizowane cyklicznie, po trzy edycje rocznie w czasie trwania projektu tj. w latach 2019-2021. W każdej z edycji może wziąć udział maksymalnie 20 uczestników.

§ 2

1. Każdorazowo rekrutacja będzie ogłaszana z co najmniej 1 miesięcznym wyprzedzeniem.
2. Ogłoszenia o rekrutacji będą rozpowszechniane poprzez korespondencję ze szpitalami i ogłaszanie na stronie projektowej.

§ 3

1. Powołuje się komisję rekrutacyjną w skład, której wchodzi:
 - 1) Kierownik projektu,
 - 2) Przedstawiciel jednostki organizującej kurs – Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
2. Wzór formularza zgłoszeniowego określa załącznik nr 1. Wraz z formularzem zgłoszeniowym uczestnik powinien przekazać oświadczenie uczestnika stanowiące załącznik nr 2.
3. Kryteria podstawowe oceny zgłoszeń:
 - 1) Posiadanie tytułu zawodowego lekarza



- 2) Specjalizowanie się w:
 - a) chirurgii ogólnej,
 - b) chirurgii gastroenterologicznej,
 - c) dyscyplinach zabiegowych, gdzie wykonywane są zabiegi laparoskopowe i endoskopowe,
- 3) Posiadanie zatrudnienia w podmiocie leczniczym (bez względu na formę zatrudnienia) bądź też wykonywanie zawodu lekarza w ramach działalności leczniczej jako praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2019, poz. 2190 t.j. z późn. zm.).
4. Kryteria dodatkowe oceny zgłoszeń:
 - 1) Posiadane specjalizacje

Specjalizacja	Liczba punktów
Specjalizacja zabiegowa inna niż niżej wymienione	1
Chirurgia ogólna	2
Chirurgia gastroenterologiczna	3
Chirurgia laparoskopowa	4

- 2) Doświadczenie zawodowe

Dotychczas przepracowane lata na stanowisku lekarza	Liczba punktów
≤ 5	1
6-10	2
≥ 11	3

- 3) Motywacja do udziału w kursie – przyjmuje się punktację od 1 do 3
- 4) W przypadku uzyskania takiej samej liczby punktów decydująca będzie data złożenia formularza zgłoszeniowego.
4. Po każdej rekrutacji zostanie sporządzony szczegółowy protokół rekrutacyjny zawierający dane uczestników, informację o spełnieniu kryteriów podstawowych oraz dodatkowych kryteriów oceny.
5. Formularze zgłoszeniowe będzie można składać w formie elektronicznej za pośrednictwem strony internetowej Uczelni, drogą tradycyjną w wersji papierowej bądź też e-mailowo.
6. W przypadku zrekrutowania niewystarczającej liczby uczestników kursu zostanie przeprowadzony dodatkowy nabór na zasadach tożsamyh z naborem podstawowym.
7. W sytuacji gdy przesłane zgłoszenia osób spełniających kryteria przewyższać będą liczbę miejsc na kursie zostanie utworzona lista rezerwowa.

Rozdział II ZASADY UDZIAŁU

§ 4

1. Każdy z uczestników zobowiązany jest do wypełnienia:
 - 1) ankiet badających poziom kompetencji przed rozpoczęciem zajęć oraz bezpośrednio po ich zakończeniu,
 - 2) oświadczenia uczestnika projektu (zał. nr 2)

- 3) formularza zawierającego dane uczestnika projektu (zał. nr 3)
- 4) umowę o udział w zajęciach (zał. nr 4)
2. Zajęcia odbywać się będą zgodnie z harmonogramem zajęć. Miejsce i godziny przeprowadzenia zajęć zostaną podane na stronie internetowej projektu. O wszelkich zmianach uczestnicy zostaną poinformowani drogą e-mailową.
3. Przeprowadzenie każdego z zajęć będzie potwierdzone listą obecności, którą jest zobowiązany podpisać każdy z uczestników biorących udział w zajęciach oraz prowadzący.
4. Zajęcia prowadzone będą w języku polskim.

§ 5

1. Uczestnik zostaje skreślony z listy w przypadku
 - 1) rezygnacji z udziału w zajęciach
 - 2) nie podpisania dokumentów związanych z realizacją projektu, o których mowa w § 3 ust. 2 oraz §4 ust. 1 niniejszego Regulaminu
 - 3) nie rozpoczęcia uczestnictwa w zajęciach.
2. Rezygnacja z udziału w kursie, o której mowa w ust. 1 pkt. 1, powinna zostać złożona do organizatora kursu w formie pisemnej lub e-mailowej wraz z uzasadnieniem najpóźniej w terminie 14 dni przed rozpoczęciem kursu (liczy się data otrzymania informacji przez Organizatora).
3. W przypadku naruszenia terminu, o którym mowa w ust. 2, albo nierozpoczęcia uczestnictwa w zajęciach, uczestnik zostanie obciążony kosztami kursu, na które składać się będą koszty wynagrodzenia wykładowców oraz koszty cateringu w przeliczeniu na 1. Organizator może odstąpić od obciążania uczestnika kosztami w przypadku gdy nieobecność spowodowana została zdarzeniem losowym.
4. Decyzję o skreśleniu z listy uczestników podejmuje Kierownik projektu. Od decyzji nie przysługuje odwołanie.

§ 6

1. Uczestnik zajęć ma prawo do:
 - 1) korzystania z pomieszczeń dydaktycznych, urządzeń PUM do realizacji zadań określonych programem zajęć,
 - 2) zgłaszania uwag i postulatów dotyczących organizacji procesu dydaktycznego i obsługi administracyjnej.
2. Uczestnik jest zobowiązany do:
 - 1) uczestnictwa w zajęciach określonych programem Kursu;
 - 2) przestrzegania regulaminów i przepisów porządkowych obowiązujących w PUM;
 - 3) potwierdzania uczestnictwa na liście obecności;
 - 4) wypełniania ankiet i badań ewaluacyjnych;
 - 5) przekazywania Uczelni i instytucjom kontrolującym wszelkich informacji o szkoleniu;

§ 7

Uczestnikom projektu, którzy zamieszkują na stałe w odległości co najmniej 50 km od Szczecina zagwarantowane zostaną noclegi maksymalnie w wymiarze 3 dób hotelowych. Uczestnik ten jest zobowiązany zadeklarować w formularzu zgłoszeniowym chęć skorzystania z noclegu oraz wypełnienia i dostarczenia wszelkich niezbędnych dokumentów wskazanych przez organizatora kursu.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



§ 8

Uczestnikom dojeżdżającym na kurs z odległości ponad 50 km przysługuje zwrot kosztów przejazdu do wysokości 100,00 zł. Warunkiem uzyskania zwrotu za dojazdy jest zadeklarowanie w formularzu zgłoszeniowym takiej chęci oraz wypełnienie i dostarczenie wszelkich niezbędnych dokumentów wskazanych przez organizatora. Rozliczenie nastąpi na podstawie biletów (w przypadku PKP II klasy) bądź też ewidencji przebiegu pojazdu przy zastosowaniu stawek określonych we właściwych przepisach powszechnie obowiązujących.

§ 9

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. W sprawach spornych, nie objętych postanowieniami niniejszego regulaminu w zakresie porządku i trybu odbywania i prowadzenia Kursu decyduje Kierownik Projektu.

prof. dr hab. Bogusław Machaliński
Rektor PUM



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1
do Regulaminu naboru oraz udziału lekarzy i lekarzy rezydentów
w kursach endolaparoskopowych

Formularz zgłoszeniowy na kurs endolaparoskopowy
Edycja.... (w dniach.....)

Imię i nazwisko	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Posiadam tytuł lekarza	☐ TAK	☐ NIE
-------------------------------	------------------------------	------------------------------

Specjalizuję się w:	☐ Chirurgii ogólnej
	☐ Chirurgii gastroenterologicznej
	☐ Dyscyplinach zabiegowych, gdzie wykonywane są zabiegi laparoskopowe i endoskopowe

Aktualne miejsce pracy / dane prowadzonej działalności leczniczej	
--	--

Posiadam specjalizacje:	☐ Chirurgia ogólna
	☐ Chirurgia gastroenterologiczna
	☐ Chirurgia laparoskopowa
	☐ Chirurgia endolaparoskopowa



Mój dotychczasowy staż pracy
na stanowisku lekarza
(w latach)

Przedstaw motywację do
udziału w kursie
endolaparoskopowym

Uczestnicy kursu, którzy zamieszkują w odległości co najmniej 50 km od Szczecina mają możliwość ubiegania się o zapewnienie przez organizatorów noclegu oraz zwrot kosztów dojazdu na kurs.

☐ Deklaruję chęć skorzystania z noclegów w poniższych terminach¹:

1.
2.
3.

☐ Deklaruję chęć wnioskowania o zwrot kosztów dojazdu na kurs².

W związku z ubieganiem się o powyższe świadczenia oświadczam, że moje miejsce zamieszkania znajduje się co najmniej 50 km od Szczecina i jest to:

.....
.....

.....
(data, podpis)

¹ Wyboru hotelu i rezerwacji dokonuje organizator kursu.

² Przysługuje zwrot do wysokości kosztu biletu pkp II klasy (do rozliczenia należy przedstawić bilety) lub zwrot kosztów paliwa na podstawie druku ewidencji przebiegu pojazdu. Zwrot jest dokonywany do wysokości określonych w przepisach powszechnie obowiązujących.



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2
do Regulaminu naboru oraz udziału lekarzy i lekarzy rezydentów
w kursach endolaparoskopowych

DEKLARACJA UDZIAŁU

W PROJEKCIE „Endolaparoskopia – innowacyjne metody nauczania praktycznego lekarzy i rezydentów”

realizowany w ramach POWER 2014-2020,

nr projektu: POWR.05.04.00-00-0154/18,

Ja, niżej podpisany(a),.....

oświadczam, że:

1. deklaruję udział w projekcie pn. „**Endolaparoskopia – innowacyjne metody nauczania praktycznego lekarzy i rezydentów**” realizowany w ramach POWER 2014-2020, nr projektu: POWR.05.04.00-00-0154/18,
2. oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w przedmiotowym projekcie,
3. zapoznałem(-am) się z Regulaminem naboru oraz udziału lekarzy i lekarzy rezydentów w kursach endolaparoskopowych i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
4. zostałem(-am) poinformowany(-a), że projekt pod nazwą „**Endolaparoskopia – innowacyjne metody nauczania praktycznego lekarzy i rezydentów**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 2018, poz. 1991 t.j. z późn. zm.) na potrzeby promocji projektu.
6. zobowiązuję się do uczestnictwa w monitoringu projektu, w szczególności do wypełnienia niezbędnych ankiet i formularzy;
7. Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis uczestnika)



Załącznik nr 3
do Regulaminu naboru oraz udziału lekarzy i lekarzy rezydentów
w kursach endolaparoskopowych

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. **„Endolaparoskopia – innowacyjne metody nauczania praktycznego lekarzy i rezydentów”** 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.),



- 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 „**Endolaparoskopia – innowacyjne metody nauczania praktycznego lekarzy i rezydentów**”, 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 – **Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa** (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt - **Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin** (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - **nie dotyczy** (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 podstawie¹:
 - 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,
 - 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.),

¹ 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.



- 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 - **Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa** (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt - **Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin** (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - **nie dotyczy** (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** lub adres poczty **iod@pum.edu.pl** (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
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 Regulaminu naboru oraz udziału lekarzy i lekarzy rezydentów
w kursach endolaparoskopowych

Dane uczestnika projektu

Tytuł projektu: „Endolaparoskopia – innowacyjne metody nauczania praktycznego lekarzy i rezydentów”
Nr projektu: POWR.05.04.00-00-0154/18

Dane uczestnika

1	Imię		
2	Nazwisko		
3	PESEL		
4	Płeć	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna
5	Wykształcenie	☐ Niższe niż podstawowe	☐ Ponadgimnazjalne
		☐ Podstawowe	☐ Policealne
		☐ Gimnazjalne	☐ Wyższe

Dane kontaktowe

1	Województwo.	
2	Powiat	
3	Gmina	
4	Miejscowość	
5	Ulica	
6	Nr budynku	
7	Nr lokalu	
8	Kod pocztowy	
9	Telefon kontaktowy	
10	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	



Szczegóły wsparcia

Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
	☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
	☐ <u>Osoba bierna zawodowo w tym:</u> ☐ Osoba ucząca się ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub w szkoleniu ☐ Inny
	☐ <u>Osoba pracująca w tym</u> ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ inne ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
	<u>Wykonywany zawód:</u> ☐ inny ☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej ☐ rolnik



Rodzaj wsparcia:

☐ bon	☐ przygotowanie zawodowe dorosłych
☐ dodatek relokacyjny	☐ staż / praktyka
☐ doskonalenie zawodowe	☐ studia doktoranckie
☐ dotacja na rozpoczęcia działalności gospodarczej	☐ studia licencjackie / magisterskie
☐ grant na telepracę	☐ stypendium
☐ inne	☐ szkolenie / kurs
☐ instrument finansowy	☐ usługa aktywnej integracji
☐ studia / kształcenie podyplomowe	☐ usługa rozwojowa dla pracownika przedsiębiorstwa
☐ opieka nad dzieckiem do lat 3 / refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 lub inną osobą zależną	☐ usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym
☐ pośrednictwo pracy	☐ usługa wsparcia ekonomii społecznej
☐ prace interwencyjne	☐ usługa zdrowotna / medyczna
☐ program mobilności ponadnarodowej	☐ wizyta studyjna
☐ program outplacementowy	☐ wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy
☐ program zdrowotny	☐ zajęcia dodatkowe
	☐ zwrot kosztów przejazdu / zakwaterowania

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia		
☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania		
☐ Tak	☐ Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami		
☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmowa podania informacji
Osoba w niekorzystnej sytuacji społecznej ¹		
☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmowa podania informacji

.....
miejscowość, data

.....
podpis uczestnika

¹ Za osobę w niekorzystnej sytuacji społecznej uznaje się m.in. wszystkie osoby zamieszkałe na terenach wiejskich



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Wypełnia pracownik Biura projektu po zakończeniu udzielania wsparcia:

Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	☐ Tak	☐ Nie
Data zakończenia udziału w projekcie		

.....
miejscowość, data

.....
podpis pracownika



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
(imię i nazwisko)

Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie (proszę wybrać 2 pola)

☐ inne	☐ osoba poszukująca pracy
☐ osoba kontynuuje zatrudnienie	☐ osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka
☐ osoba nabyła kompetencje	☐ osoba pracująca / prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka
☐ osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie	☐ osoba uzyskała kwalifikacje
☐ osoba podjęła kształcenie lub szkolenie	☐ sytuacja w trakcie monitorowania
☐ osoba podjęła pracę / rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek	

.....
miejscowość, data

.....
podpis uczestnika

Załącznik nr 5
do Regulaminu naboru oraz udziału lekarzy i lekarzy rezydentów
w kursach endolaparoskopowych

Umowa

o warunkach udziału w kursie Endolaparoskopia – kurs podstawowy dla lekarzy specjalizujących się w dyscyplinach zabiegowych, organizowanym w ramach projektu: „Endolaparoskopia – innowacyjne metody nauczania praktycznego lekarzy i rezydentów” realizowany w ramach POWER 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, umowa o dofinansowanie projektu nr POWR.05.04.00-00-0154/18.

Umowa zawarta w dniu 16.03.2019r. pomiędzy Stronami:

Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie
z siedzibą w Szczecinie, przy ul. Rybackiej 1, NIP 852-000-67-57
reprezentowanym przez:

.....

zwanym dalej Organizatorem,

a

....., PESEL, zamieszkałym/ą

.....,

Zwanym/ą dalej Uczestnikiem.

§ 1

Przedmiotem umowy jest określenie warunków udziału Uczestnika **w kursie Endolaparoskopia – kurs podstawowy dla lekarzy specjalizujących się w dyscyplinach zabiegowych** organizowanych w ramach projektu pn. „**Endolaparoskopia – innowacyjne metody nauczania praktycznego lekarzy i rezydentów**” realizowanego w ramach POWER 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, umowa o dofinansowanie projektu nr POWR.05.04.00-00-0154/18-00, zwanym dalej Kursem.

§ 2

W ramach szkolenia Uczestnik zobowiązuje się do udziału w I edycji kursu Endolaparoskopia – kurs podstawowy dla lekarzy specjalizujących się w dyscyplinach zabiegowych organizowanego w dniach 16-17 marca 2019r. Zajęcia będą się odbywać w godzinach wskazanych w planie kursu. Szczegółowy plan kursu jest dostępny na stronie projektu.

§ 3

Kurs zostanie przeprowadzony w budynku Wydziału Nauk o Zdrowiu przy ul. Żołnierskiej 48 w Szczecinie

§ 4

Organizator zobowiązuje się do:

- 1) Ustalenia planu kursu i zamieszczania go na stronie internetowej projektu oraz tablicach informacyjnych.
- 2) Zapewnienia kadry dydaktycznej, posiadającej kwalifikacje odpowiadające rodzajowi prowadzonych zajęć.
- 3) Zapewnienia wyposażenia niezbędnego do przeprowadzenia zajęć (m.in. trenażery laparoskopowe, symulatory)
- 4) Zapewnienia innych warunków, w tym lokalowych i związanych z niezbędnym wyposażeniem materialnym do prawidłowej realizacji programu Kursu.

- 5) Zapewnienia obsługi administracyjno-technicznej Kursu.
- 6) Prowadzenia dokumentacji dotyczącej przebiegu Kursu.

§ 5

Uczestnik zobowiązuje się do:

- 1) Uczestnictwa w zajęciach realizowanych w ramach kursu.
- 2) Przestrzegania regulaminów i przepisów porządkowych obowiązujących w PUM.
- 3) Potwierdzania uczestnictwa na liście obecności.
- 4) Wypełnienia wszelkich dokumentów niezbędnych do rozliczenia udziału uczestnika w kursie.
- 5) Wypełniania ankiet i badań ewaluacyjnych.
- 6) Przekazywania Uczelni i instytucjom kontrolującym wszelkich informacji o kursie.
- 7) Wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29. sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z dn. 2002 Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

§ 6

Szkolenia odbywają się nieodpłatnie.

§ 7

Uczestnik jest zobowiązany do zgłoszenia rezygnacji z udziału w kursie w formie pisemnej lub e-mailowej wraz z uzasadnieniem najpóźniej w terminie 14 dni przed rozpoczęciem kursu (liczy się data otrzymania informacji przez Organizatora).

§ 8

W przypadku naruszenia terminu, o którym mowa w §7, albo nierozpoczęcia uczestnictwa w zajęciach, uczestnik zostanie obciążony kosztami kursu, na które składać się będą koszty wynagrodzenia wykładowców oraz koszty cateringu w przeliczeniu na 1.

§ 9

Organizator kursu pokrywa koszty związane z noclegiem Uczestnika kursu, którego miejsce zamieszkania jest oddalone od Szczecina o co najmniej 50 km. Warunkiem zapewnienia noclegu Uczestnikowi jest zgłoszenie takiej potrzeby w formularzu zgłoszeniowym. Uczestnik nocuje w hotelu wskazanym przez Organizatora. Organizator pokrywa tylko i wyłącznie koszty noclegu, bez dodatkowych ewentualnych kosztów.

§ 10

Organizator kursu dokonuje zwrotu kosztów przejazdu Uczestnikom kursu, których miejsce zamieszkania jest oddalone od szczecina o co najmniej 50 km.:

1. Podróż środkiem transportu zbiorowego – zwrot do wysokości kosztu podróży na danej trasie PKP II klasy. Zwrot następuje na podstawie załączonego oświadczenia oraz oryginałów biletów. W przypadku biletów zakupionych drogą elektroniczną wystarczy przekazanie na właściwy email wersji pdf.
2. Podróż samochodem – zwrot do wysokości kosztów podróży na danej trasie PKP II klasy. Zwrot następuje na podstawie załączonego oświadczenia oraz ewidencji przebiegu pojazdu. Stawka zwrotu za 1 kilometr będzie ustalana na podstawie Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz.U. z 2002r., Nr 27, poz.271 z późn. zm.).



§ 11

Zwrot kosztów podróży następuje na rachunek bankowy wskazany przez Uczestnika w oświadczeniu.

§ 12

1. Umowa zostaje zawarta na czas trwania Kursu.
2. Uczelnia, spełniając w procesie prowadzenia kursu, wymagania wynikające z przepisów o ochronie danych osobowych, nakłada na Uczestnika obowiązek pisemnego powiadamiania o zmianie danych osobowych zawartych w niniejszej umowie.
3. Zmiana postanowień Umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. W sprawach nienormowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.
5. Wszelkie spory wynikające z niniejszej umowy strony poddają rozstrzygnięciu sądów powszechnych właściwych dla siedziby Organizatora.
6. Umowa została sporządzona w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
Uczestnik

.....
Organizator

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie do umowy nr

W związku z moim udziałem w I edycji kursu Endolaparoskopia – kurs podstawowy dla lekarzy specjalizujących się w dyscyplinach zabiegowych, która odbyła się w Szczecinie, w dniach 16-17.03.2019r. zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dojazdu

na rachunek bankowy nr

W związku z moim udziałem w kursie odbyłem podróż:

- Środkami transportu zbiorowego PKP, autobus, inne

Miejsce wyjazdu	Data wyjazdu	Miejsce przyjazdu	Data przyjazdu
		Szczecin	

Miejsce wyjazdu	Data wyjazdu	Miejsce przyjazdu	Data przyjazdu

W załączeniu przedstawiam bilety potwierdzające odbyłą podróż / Zobowiązuję się do przekazania drogą pocztową biletów potwierdzających odbyłą przeze mnie podróż.¹

- Samochodem – w załączeniu przedstawiam wypełnioną ewidencję przebiegu pojazdu

Oświadczam, że przedstawione przeze mnie rozliczenia tj. bilety, ewidencja przebiegu pojazdu i inne nie zostaną przeze mnie wykorzystane w celu uzyskania zwrotu za przejazd z innych źródeł.

.....
(data, podpis uczestnika)

Zakwalifikowano do zwrotu koszty podróży w wysokości:.....

.....
(podpis pracownika DFZ)

¹ Właściwe skreślić. Bilety należy przesać na adres: Dział funduszy Zewnętrznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
nazwisko i imię oddelegowanego /właściciela pojazdu*

Numer rejestracyjny pojazdu:.....

.....

Pojemność silnika.....

.....
adres zamieszkania

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

Nr wpisu	Data wyjazdu	Opis trasy (skąd –dokąd)	Cel wyjazdu	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	Stawka za 1 km przebiegu zł	Wartość (5)x(6) zł	Podpis wyjeżdżającego	Uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
			Podsumowanie					

***niepotrzebnie skreślić**

.....

(data, podpis uczestnika)