

Umowa POZ
Załącznik nr 2

UMOWA NR

Umowa w ramach projektu pn.: „WyRaS- Wykryj Raka Skóry” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

zawarta w dniu2019 r. w, pomiędzy:

Klinicznym Szpitalem Wojewódzkim Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, ul. Szopena 2, 35-055 Rzeszów, którego akta rejestrowe są przechowywane przez Sąd Rejonowy w Rzeszowie, Wydział XII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000054470, numer NIP 813 29 19 313 i REGON 690724114 -

- reprezentowanym przez p.o. Dyrektora Tadeusza Pióro, zwanym w dalszej treści niniejszej Umowy “Zleceniodawcą”, „Zamawiającym”

a

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

- reprezentowanym przez, zwanym w dalszej treści niniejszej Umowy “Zleceniobiorcą”, “Wykonawcą”

zwanych łącznie “Stronami”.

Zważywszy na to, że Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie jest beneficjentem Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, z tytułu realizacji Projektu pn: “WyRaS - Wykryj Raka Skóry” nr POWR.05.01.00-00-0007/18 złożonego w odpowiedzi na konkurs pn: “Profilaktyka nowotworów Skóry” nr POWR.05.01.00-IP.05.00-005/18 ogłoszonego w ramach V Osi Priorytetowej Wsparcie dla Obszarów Zdrowia, Działania 5.1 Programy Profilaktyczne Strony postanawiają zawrzeć umowę.

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest:

- W zależności od wielkości POZ-u, wskazanie co najmniej 1 osoby współpracującej z placówką POZ (lekarz lub pielęgniarka), która weźmie udział w konferencjach szkoleniowych organizowanych przez Zamawiającego. Konferencje szkoleniowe dla lekarzy oraz pielęgniarek będą nieodpłatne oraz prowadzone przez doświadczonych trenerów
- Lekarz POZ po wstępnej selekcji wytypuje osoby, które kwalifikują się do Programu na podstawie kryteriów kwalifikacji, którym zostanie udzielone świadczenie:
 - w zakresie edukacji:
 - osoby aktywne zawodowo, tj. osoby w wieku 15-64 lata, lub starsze pod warunkiem że są nadal aktywne zawodowo
 - w zakresie badań przesiewowych (badanie dermatoskopem lub wideodermatoskopem):
 - osoby w wieku 50-64 (aktywne zawodowo)
 - osoby w wieku 15-49 będą mogły otrzymać wsparcie w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion,
 - osoby po 65 r. ż. pod warunkiem, że są nadal aktywne zawodowo będą mogły otrzymać wsparcie w przypadku występowania czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion,

W czasie wizyty Lekarz POZ:

- a. przeprowadza dokładny wywiad medyczny: np. historia rodzinna dot. złośliwych nowotworów skóry, przebyty nowotwór skóry, etc.
 - b. przeprowadza szczegółowe badania skóry całego ciała na podstawie reguły ABCDE,
 - c. wypełnia KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY (załącznik nr 1 do programu dot. nowotworów skóry)
 - d. w przypadku wykrycia niepokojących zmian skieruje pacjenta do lekarza dermatologa lub onkologa
 - e. lekarz **zobowiązany jest do udzielenia świadczenia** zdrowotnego polegającego na edukacji pacjentów w zakresie prawidłowej fotoprotekcji i profilaktyki zmian nowotworowych skóry. Edukacja przeprowadzana będzie zgodnie z założeniami i wytycznymi zapisanymi w Programie Profilaktyki Zdrowotnej, ABCDE samokontroli znamion – Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Skóry
- W ramach prawidłowego udokumentowania świadczenia zostaną wypełnione przez pacjenta:
 - oświadczenie uczestnika projektu (zał. 2)

- formularz danych osobowych uczestnika projektu (zał. 3)
 - deklaracja uczestnictwa w projekcie (zał. 8)
 - oświadczenie o udzielonym świadczeniu (zał. 4a)
- W ramach prawidłowego udokumentowania konsultacji edukacyjnej/świadomościowej zostaną wypełnione przez lekarza POZ i pacjenta:
- Oświadczenia lekarza i uczestnika projektu o udzielonej konsultacji edukacyjnej/świadomościowej (zał. 4a i 4b)
2. Wykonawca zobowiązuje się do prawidłowego zrealizowania wszystkich zadań, o których mowa w § 1 ust. 1, zgodnie z wiedzą fachową i najwyższą starannością. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za jakość świadczonych usług.
 3. Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń w placówkach POZ w taki sposób, aby zapewnić do nich taki dostęp w godzinach 8.00 – 18.00, co najmniej 2 razy w tygodniu i 1 sobotę w miesiącu.
 4. Wykonawca zobowiązuje się do stałej współpracy oraz bieżącego konsultowania zagadnień związanych z realizacją przedmiotu Umowy.
 5. Wykonawca zobowiązuje się do przekazania wypełnionych dokumentów:
 - Załącznik nr 1 **KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY**
 - Załącznik nr 2 **Oświadczenie uczestnika projektu**
 - Załącznik nr 3 **Formularz danych osobowych uczestnika projektu**
 - Załącznik nr 4a **Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym zakresie świadczenia zdrowotnego - Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - jedna konsultacja**
 - Załącznik nr 4b **Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym zakresie świadczenia zdrowotnego - Konsultacja edukacyjna/świadomościowa**
 - Załącznik nr 8 **Deklaracja uczestnictwa w projekcie**
 - Załącznik nr 12 **Ankieta – wzrost wiedzy o nowotworach skóry**
- Zamawiającemu do 5 dnia następującego po każdym kwartale.
5. Wykonawca zobowiązuje się do podpisania z każdą ze wskazanych osób wskazanych w § 1 punkt 1 **upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowiącego załącznik nr 5 do Umowy, odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowiący załącznik nr 6 do niniejszej umowy, oświadczenie o znajomości definicji osoby pracującej stanowiący załącznik nr 10 oraz oświadczenie o znajomości zasady równości szans kobiet i mężczyzn załącznik nr 11 do umowy.**
 6. Zamawiający zobowiązuje się do:
 - przekazania Wykonawcy wszelkich niezbędnych do wykonania przedmiotu Umowy informacji;

- przesłania kompletnej dokumentacji związanej z realizacją umowy zgodnie z **protokołem odbioru przedmiotu zamówienia** stanowiącym załącznik nr 7 do umowy;
 - zapłaty wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy z tytułu realizacji niniejszej Umowy.
7. Wykonawca zobowiązuje się do niesprawozdawania świadczenia medycznego wykonywanego w ramach Projektu do NFZ.
8. Przedmiotowa umowa obowiązuje od dnia jej zawarcia do końca grudnia 2022 r.

§ 2

1. Z tytułu realizacji niniejszej Umowy Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty Wykonawcy za:
- Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – pojedyncza konsultacja 48,00 zł zgodnie z załącznikiem nr 18 Zestawienie stawek jednostkowych dla programu ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry.
 - Konsultacja edukacyjna/świadomościowa – pojedyncza konsultacja (min. 30 min.) 76,00 zł zgodnie z załącznikiem nr 18 Zestawienie stawek jednostkowych dla programu ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry.

Z zastrzeżeniem, że wynagrodzenie przysługuje wyłącznie za te osoby, które lekarz POZ, w ramach wizyt, poprawnie zakwalifikuje do programu.

2. Programem nie mogą być objęte osoby z już zdiagnozowanym nowotworem skóry.
3. Wykonawca w okresie realizacji niniejszej umowy będzie wystawiał Zamawiającemu faktury zbiorcze, nie częściej niż raz na kwartał po potwierdzeniu przez obie strony umowy protokołu odbioru.
4. Podstawą do wystawienia faktur będą podpisane przez Strony protokoły odbioru przedmiotu zamówienia bez uwag (zał. 7 do umowy). Należności o których mowa w ust. 1 zawierają wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu Umowy i wypłacane będą ze środków pochodzących z umowy nr POWR.05.01.00-00-0007/18 z dnia 25 stycznia 2019 r. w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Zleceniodawcę refundacji w ramach projektu.
5. Za datę zapłaty uznaje się datę obciążenia kwotą rachunku bankowego Zamawiającego.
6. Zamawiający zastrzega sobie w toku realizacji projektu możliwość ograniczenia ilości przeprowadzonych przez Wykonawcę świadczeń lekarza POZ ze względu na wpisane wskaźniki we wniosku o dofinansowanie. Zamawiający oszacował średnią liczbę świadczeń lekarza POZ przypadających na 1 placówkę POZ w czasie realizacji programu. Na 1 placówkę POZ przypada średnio 9 świadczeń lekarza POZ/rocznie, to znaczy, że 1 placówka POZ powinna przebadać i przeprowadzić konsultację edukacyjno-świadomościową w czasie trwania całego programu dla około 36 pacjentów.

§ 3

Podpowierzenie przetwarzania danych osobowych

1. Zamawiający oświadcza, że jest podmiotem przetwarzającym w procesie przetwarzania danych osobowych w ramach realizacji projektu „WyRaS - Wykryj Raka Skóry” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Administratorem danych osobowych w ramach realizacji projektu o którym mowa w u.1 jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
3. Zamawiający, na podstawie art. 28 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 (zwanego dalej „RODO”) **powierza** „Wykonawcy” przetwarzanie danych osobowych w zakresie i na zasadach określonych w niniejszej umowie.
4. Podpowierzenie następuje w celu prawidłowej realizacji umowy o dofinansowanie w ramach projektu pn.: „WyRaS - Wykryj Raka Skóry” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, zwanej dalej „Umową główną”. Okres powierzenia danych osobowych jest równy okresowi obowiązywania Umowy głównej.
5. Podpowierzenie obejmuje kategorie osób, których dane dotyczą oraz rodzaje danych osobowych wynikające z Umowy Głównej (wraz z załącznikami).
6. Wykonawca może wykorzystywać dane osobowe, o których mowa w ust. 3 powyżej: wyłącznie w celach związanych z realizacją zadań, wykonywanych na podstawie Umowy głównej,

§ 4

Obowiązki Stron

1. Wykonawca, w celu zabezpieczenia powierzonych do przetwarzania danych osobowych, zobowiązuje się podjąć środki techniczne i organizacyjne, by przetwarzanie spełniało wymogi RODO oraz niniejszej Umowy i chroniło prawa osób, których dane dotyczą. W szczególności obejmuje to środki, o których mowa w artykułach 24 oraz 32 RODO, w szczególności:
 - a. wdrożenie odpowiednich polityk ochrony danych,
 - b. wdrożenie środków technicznych i organizacyjnych aby zabezpieczenie danych pozwalało spełnić wymagania RODO,
 - c. dokumentowanie spełnienia wymagań dotyczących zabezpieczeń w celu wykazania zgodności z

RODO.

2. Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia, by osoby mające po jego stronie dostęp do powierzonych danych osobowych:
 - a. były upoważnione do ich przetwarzania przez Wykonawcę,
 - b. zachowały je w tajemnicy zarówno w okresie współpracy z Podporcesorem, jak i po jej zakończeniu.
3. Wykonawca wspiera Zamawiającego – w zakresie uzgodnionym przez Strony – w realizacji:
 - a. obowiązku odpowiadania na żądania osób, których dane osobowe są wykorzystywane w ramach powierzenia, w zakresie ich praw określonych w rozdziale III RODO,
 - b. obowiązków określonych w art. 32–36 RODO.
4. Wykonawca informuje Zamawiającego w ciągu 24 godzin od czasu stwierdzenia naruszeń danych osobowych, o zaistniałym fakcie naruszenia. Informacja dla zawiera:
 - a. charakter naruszenia ochrony danych osobowych, w tym w miarę możliwości kategorie i przybliżoną liczbę osób, których dane dotyczą, oraz kategorie i przybliżoną liczbę wpisów danych osobowych, których dotyczy naruszenie;
 - b. imię i nazwisko oraz dane kontaktowe inspektora ochrony danych Podmiotu przetwarzającego lub oznaczenie innej osoby po stronie Podmiotu przetwarzającego, od której można uzyskać więcej informacji;
 - c. możliwe konsekwencje naruszenia ochrony danych osobowych;
 - d. opis środków zastosowanych lub proponowanych przez Podmiot przetwarzający w celu zaradzenia naruszeniu ochrony danych osobowych, w tym – w stosownych przypadkach – środki, których celem jest zminimalizowanie ewentualnych negatywnych skutków naruszenia.
5. Wykonawca rejestruje kategorie czynności przetwarzania zgodnie z art. 30 RODO.
6. Wykonawca wyznacza u siebie inspektora ochrony danych (IOD) w sytuacji, w której wymagają tego przepisy art. 37 RODO.

§ 5

Współpraca Stron

1. W czasie trwania umowy, Zamawiający jest uprawniony do żądania od Wykonawcy informacji związanych z przetwarzaniem powierzonych danych osobowych, a Wykonawca zobowiązany jest udzielić takich informacji niezwłocznie. Na żądanie Zamawiającego Wykonawca udzieli odpowiedzi na piśmie.
2. Wykonawca niezwłocznie zawiadomi Zamawiającego o zgłoszeniu przez jakąkolwiek osobę lub organ władzy publicznej uwag, zastrzeżeń, wniosków lub o wszczęciu postępowania w odniesieniu do danych osobowych powierzonych na podstawie niniejszej umowy, w szczególności wszelkich czynnościach kontrolnych podjętych wobec niego przez organ nadzorczy oraz o wynikach takiej kontroli, jeżeli jej

- zakresem objęto dane osobowe powierzone Wykonawcy na podstawie niniejszej umowy.
3. Zamawiający lub audytor upoważniony przez Zamawiającego może przeprowadzać u Wykonawcy audyty, w tym inspekcje, w celu ustalenia, czy Wykonawca spełnia obowiązki wynikające z niniejszej umowy.
 4. Audyt może polegać na:
 - a. udostępnieniu przez Wykonawcę dokumentów lub informacji dotyczących przetwarzania powierzonych danych osobowych lub na
 - b. czynnościach kontrolnych prowadzonych w miejscu przetwarzania powierzonych danych osobowych przez Wykonawcę
 5. Czynności kontrolne mogą być prowadzone w godzinach 10:00 – 16:00 w dni robocze (rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem sobót, niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy), po uprzednim pisemnym lub elektronicznym poinformowaniu Wykonawcy o terminie czynności i ich zakresie, co najmniej na 10 dni roboczych przed rozpoczęciem czynności kontrolnych.
 6. Czynności kontrolne mogą polegać w szczególności na:
 - a. sporządzeniu notatki z czynności, w szczególności z zebranych wyjaśnień, przeprowadzonych oględzin oraz z czynności związanych z dostępem do urządzeń, nośników oraz systemów informatycznych służących do przetwarzania danych osobowych;
 - b. odebraniu wyjaśnień osób przetwarzających powierzone dane osobowe;
 - c. sporządzeniu kopii otrzymanych dokumentów;
 - d. sporządzeniu kopii obrazu wyświetlonego na ekranie urządzenia stanowiącego część systemu informatycznego służącego do przetwarzania lub zabezpieczania powierzonych danych osobowych;
 - e. sporządzeniu kopii zapisów rejestrów systemu informatycznego służącego do przetwarzania powierzonych danych osobowych lub zapisów konfiguracji technicznych środków zabezpieczeń tego systemu
 7. Koszty audytu ponosi Zamawiający
 8. Ze sporządzonego audytu Zamawiający sporządza raport i przekazuje jego kopię Wykonawcy. W treści raportu umieszcza się w szczególności działania lub zaniechania Wykonawcy, skutkujące naruszeniem niniejszej umowy lub powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, w tym RODO.
 9. Wykonawca, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym usuwa naruszenia, wskazane w raporcie, o którym mowa w ust. 6 powyżej.

§ 6

Zakończenie współpracy

1. W terminie do 14 dni po zakończeniu współpracy na gruncie Umowy głównej, Wykonawca - zależnie

od decyzji zamawiającego – protokolarnie usuwa lub zwraca mu wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, a jeden z podpisanych egzemplarzy protokołu przekazuje Zamawiającemu, chyba że przepisy powszechnie obowiązujące nakazują przechowywanie danych osobowych.

2. Wykonawca odpowiada za szkody, jakie powstaną u Zamawiającego lub osób trzecich w wyniku niezgodnego z niniejszą umową przetwarzania przez Wykonawcę danych osobowych lub nieprzestrzegania przepisów obowiązującego prawa w zakresie ochrony danych osobowych.
3. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 powyżej, Wykonawca zobowiązuje się do zapłaty odszkodowania na zasadach ogólnych.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. Strony dopuszczają zmianę niniejszej umowy w formie elektronicznej, w szczególności poprzez wymianę korespondencji e-mailowej.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy RODO oraz Kodeksu cywilnego.
3. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

§ 8

Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej Umowy wymagają zgody obu Stron i zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

§ 9

1. Wykonawca może rozwiązać niniejszą Umowę, na piśmie, za wypowiedzeniem z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia z uzasadnieniem przyczyny.
2. Zamawiający może rozwiązać niniejszą Umowę, na piśmie, za wypowiedzeniem z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia bez podawania przyczyn.
3. Zamawiający może rozwiązać Umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy:
 - Wykonawca nie dopełni obowiązków wynikających z Umowy;
 - Wykonawcy wygasła umowa podpisana z Narodowym Funduszem Zdrowia i nie została przedłużona;
 - W przypadku znacznej liczby błędnie kierowanych pacjentów do Kliniki Dermatologii Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

- W trakcie realizacji projektu nastąpi rozwiązanie umowy o dofinansowanie zawartej pomiędzy Zamawiającym a Ministerstwem Zdrowia skutkujące przerwaniem realizacji projektu oraz przepływu środków finansowych.
4. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie na mocy porozumienia stron.

§ 10

1. Sprawy nieregulowane Umową będą rozstrzygane na podstawie przepisów Kodeksu Cywilnego.
2. Ewentualne kwestie sporne wynikłe w trakcie realizacji niniejszej Umowy, strony rozstrzygać będą polubownie.
3. Sądem właściwym do rozstrzygnięcia sporów wynikłych na podstawie niniejszej Umowy, będzie rzeczowo właściwy sąd dla siedziby Zamawiającego.
4. Umowę spisano w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Wykonawca

Zamawiający

Załączniki do umowy:

- Załącznik nr 1 KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY
- Załącznik nr 2 Oświadczenie uczestnika projektu
- Załącznik nr 3 Formularz danych osobowych uczestnika projektu
- Załącznik nr 4a Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym zakresie świadczenia zdrowotnego - Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - jedna konsultacja
- Załącznik 4b Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym zakresie świadczenia zdrowotnego - Konsultacja edukacyjna/świadomościowa
- Załącznik nr 5 Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych
- Załącznik nr 6 Odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych
- Załącznik nr 7 Protokół odbioru przedmiotu zamówienia
- Załącznik nr 8 Deklaracja uczestnictwa w projekcie
- Załącznik nr 9 Skierowanie do ośrodka diagnostyki nowotworów skóry - Klinika Dermatologii
- Załącznik nr 10 Oświadczenie o znajomości definicji osoby pracującej
- Załącznik nr 11 Oświadczenie o znajomości zasady równości szans kobiet i mężczyzn
- Załącznik nr 12 Ankieta – wzrost wiedzy o nowotworach skóry

KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY

Imię:

Nazwisko:

Data urodzenia:

WYWIAD CHOROBY

- Historia rodzinna (czerniak oraz inne nowotwory złośliwe skóry)

.....
.....

- Historia rodzinna (Zespół znamion atypowych: nieregularnych)

.....
.....

- Historia rodzinna (np. rak trzustki, guz mózgu: Gwiazdziak i inne)

.....
.....

- Przebyty czerniak /czerniaki

.....
.....

- Oparzenia słoneczne w dzieciństwie

.....
.....

- Zauważalne zmiany kliniczne przez pacjenta: Reguła ABCDE

.....
.....

- Typ wykonywanej pracy oraz miejsce

.....
.....

BADANIE KLINICZNE - Szczegółowe badanie skóry całego ciała

- fototyp skóry

.....
.....

- ilość znamion/w przybliżeniu

.....
.....

- znamiona atypowe oraz zmiany skórne niebarwnikowe kwalifikowane przez lekarza do wycięcia chirurgicznego oraz histopatologii

.....
.....

ZALECENIA (zaznaczyć właściwe):

skierowanie do poradni dermatologicznej

wizyta kontrolna: co 6 miesięcy / 12 miesięcy

Ponadto:

Czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory skóry		UWAGI:
Czynniki genetyczne	<input type="checkbox"/> zespół znamion atypowych (FAMS, familial atypical nevi syndrome) <input type="checkbox"/> zaburzenia genetyczne w chromosomach: 1p36, 6q, 7q31, 9p21, 10q23, 11q23; zaburzenia genów p16/CDK4, p14 i p53 <input type="checkbox"/> występowanie czerniaka w rodzinie:	
Czynniki środowiskowe	<input type="checkbox"/> promieniowanie ultrafioletowe (UVA, UVB) <input type="checkbox"/> ekspozycja na substancje chemiczne <input type="checkbox"/> promieniowanie jonizujące	
Choroby ułatwiające	<input type="checkbox"/> immunosupresja (np. transplantacje, chłoniaki) <input type="checkbox"/> zmiany stanu hormonalnego <input type="checkbox"/> przewlekłe zakażenia (w tym HPV 16 i 18)	

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza POZ

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. „WyRaS - Wykryj Raka Skóry” 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 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.),

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 „WyRaS - Wykryj Raka Skóry” 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 – Skarbowi Państwa – Ministrowi Zdrowia, 00 – 952 Warszawa, ul. Miodowa 15, Beneficjentowi realizującemu

Projekt - Klinicznemu Szpitalowi Wojewódzkiemu Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie oraz podmiotom POZ (wykaz podmiotów POZ znajduje się na stronie internetowej – www.szpital.rzeszow.pl). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach POWER.

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. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty iod@szpital.rzeszow.pl.

12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU		
DANE OSOBOWE	1. IMIĘ	
	2. NAZWISKO	
	3. PESEL	
	<input type="checkbox"/> BRAK PESEL	
	4. WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
	5. PŁEĆ	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	6. WIEK (WYRAŻONY LICZBĄ CAŁKOWITĄ)	
	7. RODZAJ UCZESTNIKA	<input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu
	NAZWA INSTYTUCJI	
DANE KONTAKTOWE	1. WOJEWÓDZTWO	
	2. POWIAT	
	3. GMINA	
	4. MIASTO / MIEJSCOWOŚĆ	
	5. ULICA	
	6. NR BUDYNKU	
	7. NR LOKALU	
	8. KOD POCZTOWY	
	9. TELEFON KONTAKTOWY	
	10. ADRES E-MAIL	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	1. CZY JESTES AKTYWNY ZAWODOWO	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. KATEGORIA ZATRUDNIENIA	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
	3. ZAWÓD WYKONYWANY	
	4. CZY PRACA ZAWODOWA WIĄŻE SIĘ/WIĄZAŁA SIĘ Z POTRZEBĄ DŁUŻSZEGO PRZEBYWANIA NA ZEWNĄTRZ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. OSOBA NALEŻĄCA DO MNIJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
	6. OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji



	7. OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
	8. OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

Załącznik 4a - Wzór oświadczenia lekarza i uczestnika projektu o udzielonym zakresie świadczenia zdrowotnego

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym zakresie świadczenia zdrowotnego - Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - jedna konsultacja

Beneficjent:

Tytuł projektu: „WyRaS- Wykryj Raka Skóry”

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0007/18-00

Tytuł programu profilaktycznego: „ABCDE samokontroli znamion –Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Skóry”.

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - jedna konsultacja
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Potwierdzam, iż otrzymałem/-am materiały edukacyjne	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne	

Załącznik 4b - Wzór oświadczenia lekarza i uczestnika projektu o udzielonym zakresie świadczenia zdrowotnego

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym zakresie świadczenia zdrowotnego - Konsultacja edukacyjna/świadomościowa

Beneficjent:

Tytuł projektu: „WyRaS- Wykryj Raka Skóry”

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0007/18-00

Tytuł programu profilaktycznego: „ABCDE samokontroli znamion –Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Skóry”.

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Konsultacja edukacyjna /świadomościowa
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Potwierdzam, iż otrzymałem/-am materiały edukacyjne	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne	

Załącznik nr 5

UPOWAŻNIENIE Nr
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem r., na podstawie art. 29 w związku z art. 28 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) (RODO), upoważniam do przetwarzania danych osobowych w zbiorze Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój. Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani* stosunku prawnego łączącego Pana/Panią* z

.....
Czytelny podpis osoby upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień.

Upoważnienie otrzymałem/am

.....
(miejscowość, data, podpis)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z RODO, a także z obowiązującym w opisem technicznych i organizacyjnych środków zapewniających ochronę i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczenia, zarówno w okresie trwania umowy jak również po ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 6

**ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA Nr
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Z dniemr., na podstawie art. 29 w związku z art. 28 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), odwołuję upoważnienie Pana /Pani* nr_.....do przetwarzania danych osobowych wydane w dniu

.....
Czytelny podpis osoby, upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień

.....
(miejsowość, data)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 7

Data r.

PROTOKÓŁ ODBIORU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA za okres.....

Dotyczy umowy wytypowania wśród pacjentów POZ-tu osób, które kwalifikują się do projektu pn.: „WyRaS- Wykryj Raka Skóry” oraz udzielenia konsultacji lekarza POZ i szczegółowego badania skóry całego ciała w ramach programu ABCDE samokontroli znamion w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wykonawca:

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

1. Numer umowy: **z dnia**

- Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – konsultacja będzie wynosiła 48,00 zł
- Konsultacja edukacyjna/świadomościowa – pojedyncza konsultacja będzie wynosiła 76,00 zł

Strony stwierdzają, że Wykonawca przesłał do **Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie** następującą ilość prawidłowo wypełnionej dokumentacji związanej ze świadczeniem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):

Ilość świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

Ilość konsultacji edukacyjnych/świadomościowych:

Protokół jest podstawą do wystawienia przez Wykonawcę faktury na kwotę:

..... (słownie:

..... 00/100 brutto).

Wykonawca

Zamawiający

.....

.....

/data, podpis i pieczęćka/

/data, podpis i pieczęćka/

.....
Pieczęć ośrodka

.....
Data

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a

..... (imię i nazwisko)
.....(data urodzenia),(pesel) potwierdzam, iż
spełniam kryteria kwalifikowalności określone w regulaminie konkursu tzn. jestem:

- osobą w wieku 50-64 (aktywną zawodowo)
lub
- osobą w wieku 15-49 (w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion)
lub
- osobą po 65 r. ż. aktywną zawodową (w przypadku występowania czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion)
- zamieszkuję w jednym z 3 województw: świętokrzyskiego, małopolskiego, podkarpackiego
- nie mam zdiagnozowanego nowotworu skóry i nie lecę się z tego powodu

Wyrażam zgodę na wgląd do mojej dokumentacji medycznej powstałej w trakcie realizacji programu w celu kontroli przez wszystkie uprawnione do kontroli podmioty.

Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Zapoznałem/am się z regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.

Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że wszystkie podane dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(Data, czytelny podpis Uczestnika)
Załącznik nr 9

.....
Pieczęć ośrodka

.....
Data

SKIEROWANIE DO DERMATOLOGA/ONKOLOGA

KIERUJĘ PANIĄ/PANA.....

Do Kliniki Dermatologii
Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie
ul. Szopena 2, 35-055 Rzeszów

**Świadczenia w Klinice Dermatologii Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Fryderyka
Chopina w Rzeszowie są bezpłatne dla pacjenta**

NA PODSTAWIE PRZEPROWADZONEGO BADANIA PRZEDMIOTOWEGO I
PODMIOTOWEGO STWIERDZONO:

Kryteria wystawienia skierowania do lekarza dermatologa* lub onkologa* Proszę odpowiednio zaznaczyć		
1. Fototyp skóry	<input type="checkbox"/> fototyp 1	<input type="checkbox"/> fototyp 2
	<input type="checkbox"/> fototyp 3	<input type="checkbox"/> fototyp 4
	<input type="checkbox"/> fototyp 5	<input type="checkbox"/> fototyp 6
ilość znamion barwnikowych (w przybliżeniu):		
2. Wywiad osobniczy w kierunku czerniaka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Wywiad osobniczy w kierunku innych nowotworów skóry	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Wywiad rodzinny w kierunku czerniaka:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. Wywiad rodzinny w kierunku innych nowotworów skóry	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6. Oparzenia słoneczne w rodzinie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7. Czy w przeszłości korzystano z solarium ? (jeśli tak jak często, ile lat?)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
8. Czy pacjent stosuje kremy z filrami ochronnymi?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
9. Czy przeprowadzono dermatoskopię	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

10. Ile zmian i które Pani/Pan doktor uważa za „podejrzane”, i zaleca ich kontrolę (dokładny opis)		
--	--	--

UWAGA*

Przy odpowiedzi pozytywnej (TAK) w punktach od 2 do 5 oraz w pytaniu nr 1 zaznaczono fototyp skóry 1 lub 2 - **należy skierować pacjenta do onkologa**

Ponadto:

Czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory skóry		UWAGI
Czynniki genetyczne	<input type="checkbox"/> zespół znamion atypowych (FAMS, familial atypical nevi syndrome) <input type="checkbox"/> zaburzenia genetyczne w chromosomach: 1p36, 6q, 7q31, 9p21, 10q23, 11q23; zaburzenia genów p16/CDK4, p14 i p53 <input type="checkbox"/> występowanie czerniaka w rodzinie:	
Czynniki środowiskowe	<input type="checkbox"/> promieniowanie ultrafioletowe (UVA, UVB) <input type="checkbox"/> ekspozycja na substancje chemiczne <input type="checkbox"/> promieniowanie jonizujące	
Choroby ułatwiające	<input type="checkbox"/> immunosupresja (np. transplantacje, chłoniaki) <input type="checkbox"/> zmiany stanu hormonalnego <input type="checkbox"/> przewlekłe zakażenia (w tym HPV 16 i 18)	

*Zamawiający dopuszcza możliwość ewentualnej zmiany treści skierowania

Oświadczenie

Oświadczam, iż na dzień rozpoczęcia działań w projekcie: „WyRaS - Wykryj Raka Skóry” znałam/em definicję osoby pracującej zgodnie z zapisami dok. konkursowej tj.:

Pracujący to osoby w wieku 15 lat i więcej, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub własną działalność, które jednak chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:

- 1) osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków.
- 2) osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (na przykład: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach).
- 3) osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracą wnosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego.

Informowałam potencjalnych uczestników o prawidłowej definicji osób pracujących.

.....
Data, podpis lekarza POZ/pielęgniarka POZ

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana poświadczam własnoręcznym podpisem, iż zostałem/zostałam poinformowana o realizacji równości szans kobiet i mężczyzn w niżej wymienionym projekcie.

Tytuł projektu: “ **WyRaS - Wykryj Raka Skóry**”

Numer i nazwa Osi priorytetowej: V. Wsparcie dla obszaru zdrowia

Numer i nazwa działania: 5.1 Programy profilaktyczne

.....
Imię i nazwisko lekarza POZ/pielęgniarka POZ

.....
(pieczęć placówki)

ANKIETA DLA PACJENTÓW NA TEMAT WIEDZY O NOWOTWORACH SKÓRY W SZCZEGÓLNOŚCI W ZAKRESIE SAMOBSERWACJI I UMIEJĘTNOŚCI WYKORZYSTANIA NOWOCZESNYCH TECHNOLOGII DO SAMOBSERWACJI

**w ramach projektu „WyRaS - Wykryj Raka Skóry”
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej**

Ankieta, którą kierujemy do Pana/i wspomaga proces realizacji Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Nowotworów skóry. Ankieta jest anonimowa.
Dziękujemy za wysiłek w wypełnienie ankiety.

1. Czy uważa Pan/i, że nowotwory skóry są chorobami dziedzicznymi?

- TAK NIE NIE WIEM

2. W jakim wieku najczęściej choruje się na nowotwory skóry?

- a) 10 – 20 r.ż. b) 20 – 40 r.ż. c) 40 – 70 r.ż. d) 70 lat i więcej e) w każdym wieku

3. Czy wczesne wykrycie nowotworu skóry ma wpływ na leczenie?

- TAK NIE NIE WIEM

4. Czy na zachorowanie na nowotwory skóry narażone są tylko te osoby, u których w rodzinie wykryto taki nowotwór?

- TAK NIE NIE WIEM

5. W jakich godzinach powinno się unikać ekspozycji na słońce?

- a) 9.00 – 11.00 b) 11.00 – 16.00 c) 12.00 – 15.00 d) nie wiem

6. Czy Pana/i zdaniem istotnym jest dobranie preparatu ochronnego z filtrem dostosowanym do rodzaju karnacji?

- TAK NIE NIE WIEM

7. Czy wymienione niżej czynniki ryzyka mogą być przyczyną zachorowania na nowotwory skóry? Proszę odpowiedzieć poprzez zaznaczenie krzyżykiem

Potencjalne czynniki ryzyka	TAK	NIE
ekspozycja na promieniowanie UV		
duża ilość znamion na skórze		
ciemna karnacja		
jasna karnacja		
używanie kremów bez filtra SPF		
przewlekłe choroby skóry		
chroniczne drażnienie skóry		
opalenie w solarium		
opalenie na słońcu		
blizny poparzeniowe		
niegojące się owrzodzenia skóry		

8. Które z poniżej podanych objawów podczas samobadania Skóry powinny Pana/ią skłonić do wizyty u lekarza? Odpowiednie zaznaczyć

symetria-jedna połowa pieprzyka różni się od drugiej
znamię symetryczne
nieregularne brzegi-nierówne, niewyraźne, postrzępione, rozlane
plamka/ ranka, która zmienia swój kształt i zabarwieni
kolor różny w różnych częściach znamienia /odcienie koloru brązowego, brązowego, czarnego, czasem nawet białego, czerwonego lub niebieskiego
obrzmiętały obwód znamienia
plamka przekształca się w owrzodzenie
zmiany na skórze nie ustępujące w ciągu kilku tygodni
małe widoczne naczynka krwionośne
plamy na głowie, szyi, klatce piersiowej, plecach
pojawienie się guzków w obrębie znamienia
znamię wielkości 0,5 cm

9. Jakie aplikacje na telefon pomogą w samokontroli w zakresie zmian skórnych? Zaznacz odpowiednie

“WykryjRaka”
“FotoSkin”
“Dermocheck”
“DermoApp”