

## REGULAMIN PROJEKTU

pt. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”

nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18

Współfinansowanego z Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się

### §1

#### Słownik pojęć

**Projekt** – Projekt „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” (nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18)

**Instytucja Pośrednicząca** – Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, ul. Pogodna 22, 15-354 Białystok.

**Realizator Projektu** – Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok.

**Partnerzy Projektu** – Łomżyńskie Centrum Medyczne sp. z o.o., ul. Ks. Kardynała Wyszyńskiego 9, 18-400 Łomża; Stowarzyszenie do Walki z Rakiem z siedzibą w Specjalistycznym Szpitalu Onkologicznym, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok.

**Kierownik Projektu** – osoba zarządzająca Projektem ze strony Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Białymstoku.

**Uczestnik Projektu** – osoba zakwalifikowana do udziału w Projekcie, spełniająca kryteria uczestnictwa w Projekcie zapisane w §3 niniejszego Regulaminu.

**Data rozpoczęcia udziału w Projekcie** – data przystąpienia do pierwszej formy wsparcia, tj. data podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie.

**Podmioty lecznicze** – podmioty wykonujące działalność leczniczą, udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Podstawowa Opieka Zdrowotna na podstawie ważnej umowy z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, Poradnie Położniczo-Ginekologiczne, Poradnie Ginekologiczne, Gabinety Profilaktyki Chorób Piersi oraz podmioty lecznicze wykonujące działania z zakresu oświaty i promocji zdrowia, z którymi została zawarta umowa o współpracy w zakresie realizacji Projektu.

**Białe plamy** – lista powiatów województwa podlaskiego mieszczących się w grupie 1/3 powiatów o najniższym poziomie zgłaszalności na obszarze województwa podlaskiego, tj. sejneński, siemiatycki, wysokomazowiecki, suwalski, bielski, m. Suwałki.

**Okres realizacji Projektu** – od 01.01.2020 r. do 31.12.2022 r.

### §2

#### Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady, warunki i procedury realizacji Projektu pt. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”, współfinansowanego z Unii Europejskiej, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się.
2. Projekt realizowany jest w okresie 01.01.2020 r. do 31.12.2022 r.
3. Biuro Projektu mieści się w siedzibie Realizatora Projektu, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok.
4. Biuro Partnera (ŁCM) mieści się w siedzibie Partnera Projektu, ul. Ks. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 9, 18-400 Łomża.
5. Wsparcie w postaci porad edukacyjnych realizowane będzie w siedzibie Realizatora Projektu, Partnera oraz w podmiotach leczniczych.

6. Świadczenia medyczne w postaci badań cytologicznych wykonywane będą w siedzibie Realizatora i Partnera Projektu. Uczestniczki projektu mogą wykonać badanie cytologiczne także w podmiotach leczniczych realizujących krajowy program profilaktyki raka szyjki macicy.
7. Głównym celem Projektu jest przedłużenie wieku aktywności zawodowej i obniżenie śmiertelności kobiet poprzez zwiększenie zgłaszalności do udziału w badaniach cytologicznych.
8. Zakres planowanego wsparcia:
  - 1) dla grupy 1 (edukatorzy):
    - a) szkolenia kadry medycznej Realizatora, Partnera i podmiotów leczniczych, w zakresie prowadzenia zajęć informacyjno-edukacyjnych dla uczestniczek projektu dotyczących profilaktyki raka szyjki macicy,
    - b) zwrot faktycznie poniesionych kosztów na dojazd na szkolenie odbyte w ramach projektu;
  - 2) dla grupy 2 (pacjenci):
    - a) spotkania informacyjno-edukacyjne - porady edukacyjne podstawowe indywidualne i zbiorowe oraz indywidualne pogłębione dotyczące nowotworu szyjki macicy – występowania, czynników ryzyka, objawów, profilaktyki i skutków choroby nowotworowej szyjki macicy,
    - b) badania cytologiczne,
    - c) możliwość zapewnienia opieki nad osobą niesamodzielną lub osobą zależną podczas udziału uczestniczki we wsparciu w postaci badania wykonywanego w ramach projektu,
    - d) zwrot faktycznie poniesionych kosztów na dojazd na badania wykonywane w ramach projektu.
9. Udział w Projekcie jest bezpłatny, koszty pokrywane są ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

### §3

#### Grupy docelowe

1. Projekt skierowany jest do dwóch grup docelowych:
  - 1) **grupa 1** w zakresie edukacji kadry medycznej:
    - a) **lekarze, pielęgniarki, położne, absolwenci kierunku zdrowie publiczne – personel zatrudniony lub współpracujący z podmiotami leczniczymi;**
    - b) edukatorzy zostaną wskazani do udziału w szkoleniu spośród pracowników/współpracowników podmiotów leczniczych, z którymi zostaną zawarte umowy o współpracy oraz spośród kadry medycznej Realizatora Projektu i Partnera, którzy prowadzić będą porady edukacyjne w ramach Projektu;
  - 2) **grupa 2** w zakresie uczestnictwa w poradach edukacyjnych i badaniach cytologicznych:
    - a) kobiety, posiadające miejsce zamieszkania (zgodnie z art. 25 KC), miejsce pracy lub nauki na obszarze województwa podlaskiego, które w dniu przystąpienia do Projektu mają ukończone 25 i nieukończone 59 lat i które nie miały wykonywanej cytologii w ciągu:
      - ostatnich 3 lat;
      - ostatnich 12 miesięcy, gdy są obciążone czynnikami ryzyka (zakażenie wirusem HIV, przyjmowanie leków immunosupresyjnych, zakażenie HPV – typ wysokiego ryzyka),
    - c) Wyłączone z udziału w projekcie są kobiety, u których rozpoznano raka szyjki macicy, po zakończonym leczeniu i kontroli onkologicznej.
2. Wsparciem zostanie objętych:
  - 1) 100 osób w zakresie edukacji kadry medycznej (grupa docelowa 1);
  - 2) 2000 osób w zakresie uczestnictwa w poradach edukacyjnych, z tego 545 osób w zakresie badań cytologicznych (grupa docelowa 2).
  - 3) W ramach grupy docelowej objętej badaniem cytologicznym:

- a) minimum 20 % będą stanowiły kobiety, które jeszcze nie wykonywały badań profilaktycznych w kierunku raka szyjki macicy (kwalifikacja w oparciu o dane z bazy SIMP),
- b) minimum 20 % będą stanowiły kobiety, zamieszkujące obszary białych plam,
- c) minimum 50 % będą stanowiły kobiety, zamieszkujące obszary wiejskie (DEGURBA 3) i miasta do 20 000 mieszkańców.

#### §4

##### Proces rekrutacji

1. Rekrutacja do Projektu będzie odbywać się w sposób ciągły od momentu ogłoszenia do dnia 31.12.2022 r. (termin zakończenia Projektu) lub do momentu zrealizowania założonych w Projekcie wskaźników.
2. Rekrutacja jest otwarta i skierowana do wszystkich osób, które spełniają kryteria dostępu do Projektu wskazane w §3.
3. Rekrutacja Uczestników do udziału w Projekcie będzie przebiegać zgodnie z zasadą równości szans bez względu na światopogląd, wyznanie, przynależność rasową, etniczną, religię, orientację seksualną, sytuację na rynku pracy, wykształcenie, miejsce zamieszkania czy niepełnosprawność z zachowaniem założeń Projektowych.
4. Rekrutacja będzie prowadzona przez Realizatora Projektu, Partnera i podmiotów leczniczych, które będą uczestniczyły w działaniach Projektu na podstawie umów zawartych z Realizatorem Projektu.
5. Rekrutacja Uczestników Projektu w poszczególnych grupach docelowych:
  - 1) **grupa 1** w zakresie edukacji kadry medycznej:
    - a) podmioty lecznicze, z którymi zostaną podpisane umowy o współpracy w ramach Projektu, wskażą osoby reprezentujące (średnio 2 osoby - lekarz i/lub pielęgniarka, położna) do pełnienia roli edukatorów w ramach Projektu;
    - b) Realizator Projektu oraz Partner wskażą po średnio 2 osoby z kadry medycznej do pełnienia roli edukatorów w ramach Projektu.
  - 2) **grupa 2** w zakresie uczestnictwa w poradach edukacyjnych i badaniach cytologicznych:
    - a) kandydatki muszą złożyć formularz zgłoszenia udziału w Projekcie wraz z deklaracją uczestnictwa w Projekcie oraz oświadczeniem o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych. Formularz zgłoszenia może zostać złożony w biurze Projektu prowadzonym przez Realizatora Projektu, punktach informacyjno-edukacyjnych u Partnera i w podmiotach leczniczych, które podpisały umowę o współpracy w ramach Projektu lub korzystając ze strony internetowej Projektu;
    - b) w procesie rekrutacji uwzględnione są kryteria formalne wskazane w § 3 ust. 1 pkt 2) lit. a) i b) regulaminu (50 pkt.) oraz kryteria premiujące ustalone wymogami konkursu, programu profilaktyki nowotworu szyjki macicy oraz wskaźnikami RPOWP na lata 2014-2020:
      - miejsce zamieszkania kandydatki: obszar białych plam – 20 pkt.
      - miejsce zamieszkania kandydatki: obszar wiejski (DEGURBA 3) / miejscowość poniżej 20 000 mieszkańców – 15 pkt.
      - udział w badaniach cytologicznych: po raz pierwszy – 15 pkt.
    - c) w pierwszej kolejności wsparciem w postaci badań, obejmowane będą kandydatki z list premiujących, przy czym minimalna liczba punktów do zakwalifikowania do udziału w Projekcie wynosi 50 pkt. (kryteria formalne), a maksymalna 100 pkt.;
    - d) datą rozpoczęcia udziału w Projekcie jest moment objęcia uczestniczki pierwszą formą wsparcia w Projekcie;
    - e) każda uczestniczka zakwalifikowana do udziału w Projekcie może skorzystać jednokrotnie z każdej z dostępnych w ramach Projektu form wsparcia przy założeniu, że 1800 pań skorzysta

z porady podstawowej indywidualnej, 200 skorzysta z porady edukacyjnej podstawowej zbiorowej, 1260 skorzysta z porady pogłębionej indywidualnej, a 545 pań skorzysta ze wsparcia w postaci badań cytologicznych.

## §5

### Realizacja planowanych form wsparcia

1. Wsparcie w postaci edukacji kadry medycznej:
  - 1) Projekt zakłada przeszkolenie 100 osób do pełnienia roli edukatorów, którzy w ramach Projektu będą prowadzić porady edukacyjne w siedzibie Realizatora Projektu, Partnera i podmiotów leczniczych. Realizator Projektu zorganizuje 10 szkoleń w wymiarze 8 godzin. Każdy z edukatorów uczestniczy w szkoleniu jednorazowo. Harmonogram szkoleń zostanie przekazany odpowiednio wcześniej.
  - 2) Szkolenia będą odbywać się stacjonarnie na terenie miasta Białegostoku lub zdalnie – za pośrednictwem programów do wideokonferencji. O formie szkolenia Realizator projektu powiadomi uczestników odpowiednio wcześniej.
  - 3) Realizator Projektu zapewnia uczestnikom szkolenia komplet podręczników z tematyki nowotworu szyjki macicy oraz poradnik metodyczny.
  - 4) Realizator Projektu zapewnia uczestnikom catering (przerwa kawowa i obiad) podczas przeprowadzanych szkoleń dla kadry medycznej.
  - 5) Realizator Projektu przewiduje zwrot kosztów dojazdu kadry medycznej na szkolenie. Zasady, warunki i procedury zwrotu kosztów dojazdu określa Regulamin zwrotu kosztów dojazdu.
2. Wsparcie w postaci porad edukacyjnych:
  - 1) Porady edukacyjne podstawowe z grupą 2000 uczestniczek prowadzone będą w formie spotkań zbiorowych i indywidualnych w siedzibie Realizatora Projektu, Partnera oraz podmiotów leczniczych.
  - 2) W ramach Projektu zostanie zorganizowanych 20 spotkań zbiorowych przy średniej frekwencji 10 osób oraz 1800 spotkań indywidualnych. Wybór udziału w formie spotkania należy do uczestniczek. Planowany czas jednej porady wynosi 1 godzinę. Uczestniczki porad podstawowych otrzymają poradniki.
  - 3) Porada edukacyjna indywidualna pogłębiona przeprowadzona zostanie dla 1260 uczestniczek. Warunkiem przystąpienia do porady indywidualnej pogłębionej jest uprzednie uczestnictwo w jednej z porad podstawowych – indywidualnej lub zbiorowej. Planowany czas jednej porady pogłębionej wynosi 1 godzinę, w ramach której przeprowadzona zostanie część teoretyczna i praktyczna. Uczestniczki porad pogłębionych otrzymają podręczniki.
  - 4) Uczestniczki porad edukacyjnych zobowiązane są do wypełnienia oświadczenia uczestnictwa w porady edukacyjnej.
3. Wsparcie w postaci badań cytologicznych:
  - 1) Warunkiem zakwalifikowania się i przystąpienia do badań cytologicznych w ramach Projektu jest spełnienie przez uczestniczkę kryteriów krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy, które weryfikowane będzie na podstawie Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) oraz uprzedni udział we wsparciu w postaci porady edukacyjnej podstawowej indywidualnej lub zbiorowej.
  - 2) Realizator Projektu przewiduje zwrot kosztów dojazdu uczestniczki na badanie wykonywane w ramach Projektu. Zasady, warunki i procedury zwrotu kosztów dojazdu określa Regulamin zwrotu kosztów dojazdu.
  - 3) Realizator Projektu przewiduje zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną lub osobą zależną podczas udziału uczestniczki w badaniu cytologicznym wykonywanym w ramach Projektu.



## §6

### Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem mają zastosowanie odpowiednie reguły i zasady wynikające z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, a także z przepisów właściwych aktów prawnych wspólnotowych i polskich, w szczególności kodeksu cywilnego (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r., poz. 121), ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), wniosku o dofinansowanie Projektu.
2. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do zmiany treści niniejszego Regulaminu bądź wprowadzenia dodatkowych postanowień. Wszelkie zmiany wymagają formy pisemnej.
3. Regulamin będzie dostępny w siedzibie Realizatora Projektu, Partnera oraz podmiotów leczniczych oraz na stronie <https://zrobcytologie.com.pl/>.
4. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do decydowania w sprawach nieobjętych Regulaminem oraz w sytuacjach spornych. Ostateczna interpretacja Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie należy do Realizatora Projektu.
5. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje przez cały okres realizacji Projektu. Traci moc regulamin projektu pt. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18 z dnia 07.07.2019 r.
6. Załączniki do niniejszego regulaminu znajdują się w spisie załączników i stanowią integralną część Regulaminu.

Białystok, 21.10.2020 r.

DYREKTOR  
Białostockiego Centrum Onkologii  
Magdalena Joanna Borkowska  
.....-2.....

#### Załączniki:

1. Załącznik nr 1a – Formularz zgłoszeniowy uczestnika projektu / PACJENT
2. Załącznik nr 1b – Formularz zgłoszeniowy uczestnika projektu / EDUKATOR
3. Załącznik nr 2a – Deklaracja uczestnictwa w projekcie / PACJENT
4. Załącznik nr 2b – Deklaracja uczestnictwa w projekcie / EDUKATOR
5. Załącznik nr 3a – Oświadczenie uczestnika projektu / PACJENT
6. Załącznik nr 3b – Oświadczenie uczestnika projektu / EDUKATOR
7. Załącznik nr 4 – Lista obecności – szkolenie kadry medycznej
8. Załącznik nr 5 – Lista obecności – porada podstawowa zbiorowa
9. Załącznik nr 6 – Oświadczenie uczestnictwa w poradzie podstawowej indywidualnej
10. Załącznik nr 7 – Oświadczenie uczestnictwa w poradzie pogłębionej indywidualnej
11. Załącznik nr 8 – Oświadczenie uczestnika o wykonaniu badania

Sporządziła: Patrycja Borkowska

Załącznik nr 1a - Formularz zgłoszeniowy uczestnika projektu / PACJENT

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” (WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18)

Współfinansowanego z Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się

<b>Dane osobowe</b>	Imię																										
	Nazwisko																										
	PESEL														Wiek			Płeć	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M							
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe		<input type="checkbox"/> podstawowe		<input type="checkbox"/> gimnazjalne		<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (zasadnicza szkoła zawodowa, liceum, technikum)		<input type="checkbox"/> policealne		<input type="checkbox"/> wyższe (lic.,mgr, dr)															
<b>Dane kontaktowe</b>	Województwo						Gmina																				
	Powiat						Ulica																				
	Miejscowość						Nr domu / mieszkania																				
	Kod pocztowy			—			Poczta																				
	Telefon						Adres e-mail																				
<b>Status na rynku pracy</b>	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		<input type="checkbox"/> niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna		<input type="checkbox"/> inne		<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna		<input type="checkbox"/> inne															
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się		<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		<input type="checkbox"/> inne																					
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej		<input type="checkbox"/> w administracji samorządowej		<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej		<input type="checkbox"/> w MMŚP (przedsiębiorstwo < 250 pracowników)		<input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (> 250 pracowników)		<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność gospodarczą na własny rachunek		<input type="checkbox"/> inne													
		Nazwa miejsca pracy:																									
		Wykonywany zawód:		<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego		<input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego		<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego		<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu		<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego		<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia		<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy		<input type="checkbox"/> pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej		<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej		<input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej		<input type="checkbox"/> rolnik		<input type="checkbox"/> inne	
<b>Sytuacja społeczno-bytowa</b>	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji																					
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE																							
	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji																					
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji																					
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem świadoma odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego ( Dz. U. 2016, poz. 1137).																											

 .....  
 MIEJSCOWOŚĆ I DATA

 .....  
 CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

**WYPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU**

FORMULARZ KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATKI DO PROJEKTU												
pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” (WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18)												
Imię i nazwisko kandydatki:												
PESEL:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
Adres zamieszkania:												
<b>I.p</b>	<b>KRYTERIA REKRUTACJI</b>	<b>Ilość</b>										
<b>KRYTERIA FORMALNE (50 PKT.)</b>												
1.	<p>Wszystkie kryteria muszą być spełnione łącznie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wiek 25-59 lat, wiek w chwili przystąpienia do projektu : .....</li> <li><input type="checkbox"/> miejsce zamieszkania, pracy lub nauki na terenie woj. podlaskiego</li> <li><input type="checkbox"/> badanie cytologiczne nie było wykonywane w ramach krajowego programu profilaktycznego w ciągu ostatnich 3 lat lub 12 miesięcy w przypadku obciążenia czynnikami ryzyka (na podstawie systemu SIMP)</li> </ul> <p>Wyłączone z udziału w projekcie są kobiety, u których rozpoznano raka szyjki macicy oraz po zakończonym leczeniu.</p>											
<b>KRYTERIA PREMIUJĄCE (MAX. 50 PKT.)</b>												
2.	<p>Miejsce zamieszkania na terenie tzw. „białych plam” (20 pkt.):</p> <p>Powiaty: <input type="checkbox"/> sejneński <input type="checkbox"/> siemiatycki <input type="checkbox"/> wysokomazowiecki <input type="checkbox"/> suwalski <input type="checkbox"/> bielski <input type="checkbox"/> Suwałki</p>											
3.	<p>Miejsce zamieszkania (15 pkt.):</p> <p><input type="checkbox"/> obszar wiejski (DEGURBA 3) <input type="checkbox"/> miejscowość &lt; 20 tys. mieszkańców</p>											
4.	<p>Uprawnienia do przeprowadzenia badania cytologicznego (na podstawie systemu SIMP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> raz na 3 lata</li> <li><input type="checkbox"/> raz na 12 miesięcy (obciążenie czynnikami ryzyka – zakażenie wirusem HIV, HPV– typ wysokiego ryzyka, przyjmowanie leków immunosupresyjnych)</li> </ul> <p>Badanie cytologiczne w ramach krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> było wykonane – data ostatniego badania: .....</li> <li><input type="checkbox"/> nigdy nie było wykonane (15 pkt.)</li> </ul>											
		Liczba uzyskanych punktów										
MIEJSCOWOŚĆ	DATA	PODPIS OSOBY KWALIFIKUJĄCEJ										

Załącznik nr 2a – Deklaracja uczestnictwa w projekcie / PACJENT

.....  
DATA

### DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” (WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18)

Współfinansowanego z Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się

Imię i nazwisko:																					
PESEL:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

Ja niżej podpisana deklaruję udział w projekcie pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”, realizowanym przez Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku w partnerstwie z Łomżyńskim Centrum Medycznym sp. z o.o. i Stowarzyszeniem do Walki z Rakiem i oświadczam, że:

- spełniam warunki udziału w projekcie tj. jestem kobietą, posiadającą miejsce zamieszkania (zgodnie z art. 25 KC), miejsce pracy lub nauki na obszarze województwa podlaskiego, w dniu przystąpienia do Projektu mam ukończone 25 i nieukończone 59 lat i nie miałam wykonywanej cytologii:
  - w ciągu ostatnich 3 lat lub
  - w ciągu ostatnich 12 miesięcy (kobiety obciążone czynnikami ryzyka (zakażenie wirusem HIV, przyjmowanie leków immunosupresyjnych, zakażenie HPV – typ wysokiego ryzyka)).
  - nie rozpoznano u mnie raka szyjki macicy i nie jestem po zakończonym leczeniu i kontroli onkologicznej.
- zapoznałem/am się z regulaminem w/w projektu i akceptuję jego postanowienia;
- zobowiązuję się do wypełnienia niezbędnej dokumentacji, która jest wymagana w ramach projektu, w tym złożenia oświadczeń niezbędnych do udzielania świadczeń;
- zostałem/am poinformowany/a, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
- wyrażam zgodę na wgląd do dokumentacji powstałej w trakcie realizacji programu, w celu kontroli przez wszystkie uprawnione do kontroli podmioty;
- zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby monitoringu i ewaluacji Projektu;
- zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego (Dz.U. 2016, poz.1137).

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA



Załącznik nr 3a – Oświadczenie uczestnika projektu / PACJENT

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych (e-mail: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) i [iod@wup.wrotapodlasia.pl](mailto:iod@wup.wrotapodlasia.pl));
- 3) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) 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 (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów *ustawy wdrożeniowej* – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (RPOWP 2014-2020),
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Białymstoku, ul. Pogodna 22, 15-354 Białystok, beneficjentowi realizującemu projekt - Białostockiemu Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Łomżyńskiemu Centrum Medycznemu sp. z o.o., ul. Ks. Kardynała Wyszyńskiego 9, 18-400 Łomża, Stowarzyszeniu do Walki z Rakiem z siedzibą w Specjalistycznym Szpitalu Onkologicznym, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok oraz placówkom POZ, które zawarły umowę o współpracy w ramach projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPOWP na lata 2014-2020;
- 6) podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt 4, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
- 7) kategoriami odbiorców danych są: Instytucje pośredniczące we wdrażaniu RPOWP na lata 2014-2020 oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi oraz podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji;
- 8) moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji RPOWP 2014-2020 oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
- 9) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
- 10) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
- 12) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020\*\*.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

\* Dotyczy uczestnika projektu.

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

Załącznik nr 1b - Formularz zgłoszeniowy uczestnika projektu / EDUKATOR
**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**
**pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” (WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18)**

Współfinansowanego z Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się

<b>Dane osobowe</b>	Imię																	
	Nazwisko																	
	PESEL													Wiek		Płeć	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (zasadnicza szkoła zawodowa, liceum, technikum) <input type="checkbox"/> wyższe (lic, mgr, dr)																
<b>Dane kontaktowe</b>	Województwo					Gmina												
	Powiat					Ulica												
	Miejscowość					Nr domu / mieszkania												
	Kod pocztowy			—		Poczta												
	Telefon					Adres e-mail												
	Nazwa i adres POZ	<input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> absolwent kierunku nauka o zdrowiu																
<b>Status na rynku pracy</b>	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne														
		<input type="checkbox"/> niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne														
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne																
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP (przedsiębiorstwo < 250 pracowników)				<input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (>250 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność gospodarczą na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne												
		Nazwa miejsca pracy:																
		Wykonywany zawód:				<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> inne												
<b>Sytuacja społeczno-bytowa</b>	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji														
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE														
	Osoba z niepełnosprawnościami			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji														
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji														
<input type="checkbox"/> Niniejszym oświadczam, iż zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniu kadry medycznej z zakresu objętego projektem.																		
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem świadoma odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego ( Dz. U. 2016, poz. 1137).																		

 .....  
 MIEJSCOWOŚĆ I DATA

 .....  
 CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

Załącznik nr 2b – Deklaracja uczestnictwa w projekcie/ EDUKATOR

.....  
DATA

### DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” (WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18)

Współfinansowanego z Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się

Imię i nazwisko:																					
PESEL:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

Ja niżej podpisany/a deklaruję udział w projekcie pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”, realizowanym przez Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku w partnerstwie z Łomżyńskim Centrum Medycznym oświadczam, że:

- spełniam warunki udziału w projekcie;
- zapoznałem/am się z regulaminem w/w projektu i akceptuję jego postanowienia;
- zobowiązuję się do wypełnienia niezbędnej dokumentacji, która jest wymagana w ramach projektu, w tym złożenia oświadczeń niezbędnych do udzielania świadczeń;
- zostałem/am poinformowany/a, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
- wyrażam zgodę na wgląd do dokumentacji powstałej w trakcie realizacji programu, w celu kontroli przez wszystkie uprawnione do kontroli podmioty;
- zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby monitoringu i ewaluacji Projektu;
- zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego (Dz.U. 2016, poz.1137).

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych (e-mail: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) i [iod@wup.wrotapodlasia.pl](mailto:iod@wup.wrotapodlasia.pl));
- 3) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) 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 (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów *ustawy wdrożeniowej* – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (RPOWP 2014-2020),
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Białymstoku, ul. Pogodna 22, 15-354 Białystok, beneficjentowi realizującemu projekt - Białostockiemu Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Łomżyńskiemu Centrum Medycznemu, ul. Ks. Kardynała Wyszyńskiego 9, 18-400 Łomża, Stowarzyszeniu do Walki z Rakiem z siedzibą w Specjalistycznym Szpitalu Onkologicznym, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPOWP na lata 2014-2020;
- 6) podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt 4, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
- 7) kategoriami odbiorców danych są: Instytucje pośredniczące we wdrażaniu RPOWP na lata 2014-2020 oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi oraz podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji;
- 8) moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji RPOWP 2014-2020 oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
- 9) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
- 10) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
- 12) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020\*\*.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

\* Dotyczy uczestnika projektu.

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



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Rzeczpospolita  
Polska



Podlaskie 1

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 4 – Lista obecności – szkolenie kadry medycznej

Projekt „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”  
(WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18)

### SZKOLENIE KADRY MEDYCZNEJ

TERMIN: ....., MIEJSCE: .....

I.p.	Imię i nazwisko	Potwierdzenie obecności (czytelny podpis)	PRZERWA KAWOWA Potwierdzenie (podpis)	OBIAD Potwierdzenie (podpis)	Potwierdzenie otrzymania poradnika (podpis)	Potwierdzenie otrzymania zestawu podręczników (podpis)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Imię i nazwisko wykładowcy: ....., podpis .....



Załącznik nr 5 – Lista obecności – porada podstawowa zbiorowa

Projekt „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”  
(WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18)

## PORADA PODSTAWOWA ZBIOROWA

TERMIN: .....,

MIEJSCE: .....

l.p.	Imię i nazwisko	Potwierdzenie obecności i odbioru poradnika (czytelny podpis)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Imię i nazwisko prowadzącego poradę: .....

Czytelny podpis: .....



Załącznik nr 6 – Oświadczenie uczestnictwa w poradzie edukacyjnej podstawowej indywidualnej

OŚWIADCZENIE UCZESTNICTWA W PORADZIE EDUKACYJNEJ  
PODSTAWOWEJ INDYWIDUALNEJ

w ramach projektu pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”  
nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18

Imię i nazwisko:																					
PESEL:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

oświadczam, że w dniu .....

- odbyłam bezpłatną poradę edukacyjną podstawową indywidualną w ramach projektu „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”
- Potwierdzam otrzymanie poradnika

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

Załącznik nr 7 – Oświadczenie uczestnictwa w poradzie edukacyjnej pogłębionej indywidualnej

OŚWIADCZENIE UCZESTNICTWA W PORADZIE EDUKACYJNEJ  
POGŁĘBIONEJ INDYWIDUALNEJ  
w ramach projektu pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”  
nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18

Imię i nazwisko:											
PESEL:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

oświadczam, że w dniu .....

- odbyłam bezpłatną poradę edukacyjną pogłębioną indywidualną w ramach projektu „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”
- Potwierdzam otrzymanie podręcznika

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA



Załącznik nr 8 – Oświadczenie uczestnika o wykonaniu badania

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA O WYKONANIU BADANIA

w ramach projektu pn. pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” (WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18)

Imię i nazwisko:																					
PESEL:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

Ja niżej podpisana oświadczam, że w dniu ..... odbyłam bezpłatne badanie cytologiczne w:  Białostockim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku  
 Łomżyńskim Centrum Medycznym sp. z o.o.  
w ramach projektu pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA