

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W SZKOLENIACH I WARSZTATACH

w ramach projektu pn.: „Dostępność dla pacjentów - monitoring tworzonego i stanowionego prawa” dofinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER), 2.16 Usprawnienie procesu stanowienia prawa

Organizator: Związek Stowarzyszeń - Federacja Pacjentów Polskich

Miejsce 2 szkoleń: Hotel Groman, Sękocin Stary 05-090, Aleja Krakowska 76

Miejsce 16 warsztatów: po jednym warsztacie w każdym mieście wojewódzkim

Terminy i program: zgodnie z harmonogramem na stronie Organizatora
<http://federacjapp.pl/projekty/power/warsztaty-i-szkolenia>

Tematy szkoleń:
- „Metody i narzędzia monitoringu w zakresie tworzenia i stosowania przepisów prawa regulującego obowiązki zw. ze stosowaniem zasad dostępności” (16 h)
- „Proces stanowienia prawa (16 h)

Temat warsztatów: „Identyfikacja barier dostępności, metody i narzędzia monitorowania prawa regulującego obowiązki zw. ze stosowaniem zasad dostępności” (16 h)

Deklaruję udział w szkoleniu nr 1: „Metody i narzędzia monitoringu w zakresie tworzenia i stosowania przepisów prawa regulującego obowiązki zw. ze stosowaniem zasad dostępności”(16 h)

TAK/NIE

Deklaruję udział w szkoleniu nr 2: „Proces stanowienia prawa (16 h)

TAK/NIE

Deklaruję swój udział w regionalnym warsztacie, który odbędzie się w jednym z wojewódzkich miast:

Białystok, Bydgoszcz, Gdańsk, Katowice, Kielce, Kraków, Lublin, Łódź, Olsztyn, Opole, Poznań, Rzeszów, Szczecin, Warszawa, Wrocław, Zielona Góra (proszę zaznaczyć wybrane miasto)

TAK/NIE

DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI SZKOLEŃ

Imię: **Nazwisko:** **Nr telefonu:**

Adres korespondencyjny: **Adres e-mail:**

Nazwa i adres organizacji pacjenckiej, którą reprezentuję:

POLILKO ul. Chodkiewicza 1/15, 70-344 Szczecin

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikujące mnie do objęcia wsparciem szkoleniowym w Projekcie, tj.:

1. Ww. organizacja, którą reprezentuję, jest organizacją pacjencką zgodnie z danymi rejestrowymi w KRS.
2. Zgodnie ze statutem organizacji pacjenckiej, którą reprezentuję, jej obszar działania zw. jest z jedną z 3 jednostek chorobowych: choroby rzadkie, nietrzymanie moczu, stomia (*niepotrzebne skreślić*).
3. Jestem przedstawicielem ww. organizacji pacjenckiej: członkiem/osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę lub cywilnoprawnej/wolontariuszem/reprezentantem zgodnie z KRS (*niepotrzebne skreślić*).
4. Posiadam co najmniej 2 letnie doświadczenie w zakresie monitorowania prawa z obszaru ochrony zdrowia i/lub dostępności, tj. od co najmniej 2 lat, licząc wstecz od dnia podpisania niniejszej Deklaracji:
 - a) Aktywnie i regularnie uczestniczę w grupach, zespołach, komitetach i innych ciałach doradczych



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



wspierających proces monitorowania prawa i/lub zasad dostępności (proszę podać jakich?):

.....
.....

- b) Uczestniczę w prowadzonych przez FPP badaniach ankietowych (telefonicznych, on-line) w zakresie monitorowania i opiniowania stanowionego prawa dot. ochrony zdrowia i/lub zasad dostępności.
- c) Przygotowuję opinie dotyczącego prawa w zakresie ochrony zdrowia i/lub zasad dostępności.
- d) Na bieżąco monitoruję na potrzeby organizacji pacjenckiej, którą reprezentuję, projekty prawa publikowane on-line, w tym m.in. na stronie <https://legislacja.rcl.gov.pl/> w zakresie ochrony zdrowia i/lub zasad dostępności.

(niepotrzebne skreślić)

5. W organizacji pacjenckiej, którą reprezentuję, co najmniej 1 (jedna osoba) z orzeczeniem o niepełnosprawności zasiada w zarządzie lub na stanowisku prezesa. *

* Warunki określone w pkt 1-4 są obligatoryjnymi kryteriami, których spełnienie kwalifikuje uczestnika do udziału w szkoleniach i warsztatach. Warunek nr 5 nie jest obowiązkowy.

Szczegółne potrzeby dot. dostępności szkoleń i warsztatów z uwagi na niepełnosprawność/stan zdrowia uczestnika/uczestniczki:

potrzeby dietetyczne (np. dieta bezglutenowa, wegetariańska, inna:):

TAK/NIE

potrzeba specjalnego dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową:

TAK/NIE

potrzeba zapewnienia tłumacza migowego: **TAK/NIE**

inne potrzeby:
(jakie?)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji, akceptuję jego warunki.
- Dane złożone w niniejszej Deklaracji są zgodne z prawdą. Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.
- Będąc osobą z niepełnosprawnością zostałem/łam poinformowany/a o przysługujących mi z tego tytułu prawach i przywilejach.
- Zostałem poinformowany/a o tym, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój
- Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku w celach promocyjnych Projektu: **TAK/NIE**
- Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym (zgodnie z Rozporządzeniem 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) zwanym dalej RODO), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji wsparcia w projekcie, archiwizacji, ewaluacji, monitoringu oraz kontroli projektu pt. „Dostępność dla pacjentów - monitoring tworzonego i stanowionego prawa”, a także w zakresie niezbęd-

nym do wywiązania się Beneficjenta projektu – Federacji Pacjentów Polskich z obowiązków sprawozdawczych wobec Kancelarii Prezesa Rady Ministrów – Instytucji Pośredniczącej.

Podpis uczestnika: **Data** **Miejsce:**

*Zgłoszenie należy wysłać w formie elektronicznej na adres e-mail: s.mackowiak@federacjapp.pl
lub dostarczyć do biura projektu: Federacja Pacjentów Polskich, ul. Gagarina 7, 00-753 Warszawa*



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

