

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIACH

w ramach projektu pn.: „Włączenie społeczne i dostępność dla pacjentów”
dofinansowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

1. Organizator szkoleń: Federacja Pacjentów Polskich (FPP)

2. Tematy szkoleń (8 dni szkoleń/1 os.):

Szkolenie nr 1: **Skuteczna komunikacja cyfrowa organizacji pacjentów przez strony internetowe i media społ. i dostępność cyfrowa** (16 h).

Szkolenie nr 2: **„Orzeczenie o niepełnosprawności – szansa na zwiększenie włączenia społecznego i dostępności pacjentów do leczenia”** (8 h).

Szkolenie nr 3: **„Wzmocnienie u pacjentów samodzielności, asertywności i zaradności w egzekwowaniu praw pacjenta w procesie leczenia i rehabilitacji”** (8 h).

Szkolenie nr 4: **„Dostęp pacjentów do badań klinicznych szansą na większe włączenie społeczne i zapewnienie dostępu do leczenia”** (16 h).

Szkolenie nr 5: **„Wsparcie pacjentów w zakresie ich włączenia społecznego poprzez m.in. poradnictwo zdrowotne, dietetyczne, psychologiczne”** (16 h).

3. Terminy i program: szkolenia organizowane od V 2026r. do II 2028 r. **zgodnie z harmonogramem, programem szkoleń i Regulaminem wsparcia** dostępnymi na stronie Projektu: <https://federacjapp.pl/fers-dostepnosc/>

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI SZKOLEŃ

Ja, niżej podpisany/a:

.....
imię i nazwisko uczestnika/czki Szkoleń

deklaruję udział w ww. szkoleniach nr 1-5 i oświadczam, że spełniam następujące kryteria kwalifikujące mnie do objęcia wsparciem szkoleniowym w Projekcie:

1. Reprezentuję następującą organizację pacjencką (mającą status organizacji pozarządowej), która działa w obszarze polityk publicznych dotyczących ochrony zdrowia, w obszarze włączenia społecznego i/lub zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, tj. pacjentom, w tym osobom z chorobami przewlekłymi i osobom z niepełnosprawnościami:

..... (nazwa, NIP organizacji).

2. Jestem przedstawicielem/ką ww. organizacji pacjenckiej jako:

- 1) członek/członkini ww. organizacji,
- 2) osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę lub cywilnoprawnej w ww. organizacji,
- 3) wolontariusz/ka na rzecz ww. organizacji,
- 4) reprezentant/ka zgodnie z KRS. (proszę zaznaczyć kółkiem właściwą odpowiedź).

3. Pełnię w ww. organizacji pacjenckiej funkcję związaną ze wsparciem pacjentów w zakresie włączenia społecznego i zapewnienia dostępności.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika/czki)



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Zgłaszam szczególne potrzeby dot. dostępności szkoleń z uwagi na niepełnosprawność/stan zdrowia (proszę zaznaczyć kółkiem właściwą odpowiedź/odpowiedzi):

a) potrzeby dietetyczne, np. dieta bezglutenowa, specjalna dieta w leczeniu chorób rzadkich:

.....

b) potrzeba dostosowania przestrzeni w związku z ograniczeniami sprawności ruchowej:

.....

c) potrzeba indywidualnego transportu na miejsce szkolenia i w drodze powrotnej z powodu:

.....

d) potrzeba wsparcia osoby/psa asystującego przez cały czas trwania szkolenia z powodu:

.....

e) potrzeba wydruku materiałów/prezentacji multimedialnej z powiększoną czcionką,

f) potrzeba zapewnienia tłumacza migowego,

g) inne potrzeby (proszę opisać jakie?):

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z ww. Regulaminem wsparcia w Projekcie i akceptuję jego warunki.
2. Wszystkie dane złożone w niniejszym Zgłoszeniu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia/zatajenie prawdy. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP, KRS) pod względem ich zgodności z prawdą.
3. Będąc osobą z niepełnosprawnością zostałem/łam poinformowany/a o przysługujących mi z tego tytułu prawach i przywilejach.
4. Zostałem/am poinformowany/a o tym, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego.
5. Zobowiązuję się informować niezwłocznie Organizatora szkoleń o każdorazowej zmianie danych/informacji podanych w niniejszym formularzu Zgłoszenia.
6. Zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału) zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych monitorowania (tzw. wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego).
7. Wyrażam zgodę na przekazywanie do ww. organizacji, którą reprezentuję, informacji dotyczących mojego udziału w projekcie drogą elektroniczną (poczta e-mail) oraz drogą telefoniczną.
8. **Załączam do niniejszego Zgłoszenia moje dane osobowe i oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulami informacyjnymi załączonymi do Regulaminu rekrutacji, które informują o przetwarzaniu w Projekcie moich danych osobowych objętych ochroną zgodnie z „RODO”.**
9. Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie i rozpowszechnianie przez Federację Pacjentów Polskich mojego wizerunku utrwalonego na fotografiach/nagraniach wykonanych w związku z uczestnictwem w Projekcie w celach promocyjnych i informacyjnych Projektu oraz oświadczam, że niniejsza nieodpłatna zgoda obejmuje także wykorzystanie, utrwalanie, zwielokrotnienie, kopiowanie, rozpowszechnianie, obróbkę, przekształcanie, modyfikację, dowolne łączenie fotografii z tekstem i/lub innymi zdjęciami i/lub elementami graficznymi, opracowanie i powielenie wizerunku dowolną techniką bądź za pośrednictwem dowolnego medium, w tym na stronach internetowych i mediach społecznościowych: **TAK/NIE (dobrowolna zgoda).**

Podpis uczestnika/czki (CZYTELNY): **Data i miejsce:**



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 1 do Zgłoszenia: Dane uczestnika/czki szkoleń w projekcie: „Włączenie społeczne i dostępność dla pacjentów”				
1.	Obywatelstwo		Płeć	
2.	Imię		Nazwisko	
3.	PESEL		Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)	
4.	Wykształcenie	☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5-8) ¹		
5.	Kraj		Województwo	
6.	Powiat		Gmina	
7.	Miejscowość		Kod pocztowy	
8.	Tel. kontaktowy		Adres e-mail	
9.	Status uczestnika projektu	☐ osoba obcego pochodzenia	☐ Tak ☐ Nie	
		☐ osoba państwa trzeciego	☐ Tak ☐ Nie	
		☐ osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ Tak ☐ Nie ☐ odmowa podania informacji	
		☐ osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie	
		☐ osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak ☐ odmowa podania informacji ☐ Nie	

¹ ISCED to Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Kształcenia, w tym: ICED 1 to kształcenie podstawowe, ISCED 2 to wykształcenie gimnazjalne (gimnazjum), ISCED 3 – ponadgimnazjalne (liceum ogólnokształcące/profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, uzupełniające technikum, zasadnicza szkoła zawodowa), ISCED 4 – szkoła policealna/kształcenie powyżej średniego ale nie kształcenie wyższe, ISCED 5 – studia krótkiego cyklu, ISCED 6 to studia licencjackie lub ich odpowiedniki, ISCED 7 – studia magisterskie lub ich odpowiedniki, ISCED 8 – studia doktoranckie lub ich odpowiedniki.



10.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ osoba pracująca	☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek, ☐ osoba pracująca w administracji rządowej, ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty), ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej, ☐ osoba pracująca w MMŚP, ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie, ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, ☐ osoba pracująca w szkole lub w placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna), ☐ osoba pracująca w szkole lub w placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna), ☐ osoba pracująca w szkole lub w placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca), ☐ osoba pracująca na uczelni, ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym, ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym, ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz, ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym, ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów szkolnictwa wyższego i nauki, ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej, ☐ inne.
		☐ osoba bierna zawodowo	☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu, ☐ osoba ucząca się / odbywająca kształcenie, ☐ inne.
		☐ osoba bezrobotna	☐ osoba długotrwale bezrobotna, ☐ inne.
Data:		Podpis:	

