Załącznik nr 1

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

**CZĘŚĆ DRUGA:**

DANE OSÓBOBJĘTYCH WSPARCIEM JAKO NIEPRACUJĄCE ORAZ PRACUJĄCE, KTÓRE UCZESTNICZĄ WE WSPARCIU Z WŁASNEJ INICJATYWY

**Dane wspólne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | Nazwa: *Narodowy Fundusz Zdrowia* |
| 1 | Tytuł projektu: „Wzrost jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez wsparcie Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej” |
| 2 | Nr projektu: *POKL.02.03.03-00-011/14-00* |
| 3 | Priorytet, w ramach którego realizowany jest projekt: *II. Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia* *osób pracujących* |
| 4 | Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt: *2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu* *ochrony zdrowia* |
| 5 | Poddziałanie, w ramach którego realizowany jest projekt: *2.3.3 Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia* |

**Tabela - Dane uczestników projektów, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **i\_p.** | **Nazwa** | **Słowniki** |
| **Dane uczestnika** | **1** | Imię (imiona) |  |
| **2** | Nazwisko |  |
| **3** | Płeć | Kobieta |
| Mężczyzna |
| **4** | Wiek w chwili przystępowania do projektu |  |
| **5** | PESEL |  |
| **6** | Wykształcenie | Brak |
| Podstawowe |
| Gimnazjalne |
| Ponadgimnazjalne |
| Pomaturalne |
| Wyższe |
| **7** | Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną | Tak |
| Nie |
| **Dane kontaktowe** | **8** | Ulica |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **9** | | Nr domu | |  | |
| **10** | | Nr lokalu | |  | |
| **11** | | Miejscowość | |  | |
| **12** | | Obszar | | Obszar miejski | |
| Obszar wiejski | |
| **13** | | Kod pocztowy | |  | |
| **14** | | Województwo | |  | |
| **15** | | Powiat | |  | |
| **16** | | Telefon stacjonarny | |  | |
| **17** | | Telefon komórkowy | |  | |
| **18** | | Adres poczty elektronicznej (e-mail) | |  | |
| **Dane dodatkowe** | **19** | | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | | Zatrudniony | |
| Niezatrudniony | |
| **20** | | Rodzaj przyznanego wsparcia | |  | |
| **21** | | Wykorzystanie we wsparciu technik: e-learning/ blended learning | | Tak | |
| Nie | |
| **22** | | Data rozpoczęcia udziału w projekcie | |  | |
| **23** | | Data zakończenia udziału w projekcie | |  | |
| **24** | | Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | | Tak | |
| Nie | |
|  | | **25** | Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia | |  | |

**Instrukcja:**

1. Proszę uzupełnić tabelę komputerowo lub drukowanymi literami;
2. Przy wyborze z pośród kilku wariantów zaznaczyć „X”;
3. Proszę nie wypełniać punktów od 20 do 25.

……………………………………………………………………..

Data i czytelny podpis uczestnika