

PROSIMY WYPEŁNIAĆ DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE DRUKOWANYMI LITERAMI

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
Program rehabilitacji dla nauczycieli – członków ZNP z obszaru województwa lubelskiego

Ja, niżej podpisana/y _____
imię i nazwisko

zamieszkała/y _____
adres zamieszkania

numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefon _____

e-mail _____

wyrażam chęć oraz deklaruję swój udział w bezpłatnym projekcie o nazwie **Program rehabilitacji dla nauczycieli – członków ZNP z obszaru województwa lubelskiego**, realizowanym przez Związek Nauczycielstwa Polskiego ul. Juliana Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa, jednostka org. ZNP - **NZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe Związku Nauczycielstwa Polskiego w Nałęczowie ul. Głowackiego 7, 24-140 Nałęczów**.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami realizacji projektu, stanowiącymi załączniki do niniejszego oświadczenia.

Oświadczam, że przekazane przeze mnie dane zawarte w dokumentach zgłoszeniowych załączonych do niniejszej deklaracji są zgodne z prawdą, jak również nie zataiłam/em żadnych informacji mogących mieć wpływ na mój udział w Projekcie.

Przedkładałam jednocześnie poniższe dokumenty zgłoszeniowe, stanowiące załączniki do deklaracji uczestnictwa w projekcie:

- Zał. nr 1** – Formularz zgłoszeniowy do udziału w rehabilitacji
- Zał. nr 2** – Regulamin rekrutacji i udziału w projekcie wraz z oświadczeniem Uczestnika o akceptacji warunków Regulaminu
- Zał. nr 3** – Klauzula informacyjna RODO wraz ze zgodą Uczestnika na przetwarzanie danych osobowych
- Zał. nr 4a** – Zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu,
- Zał. nr 4b** - Zaświadczenie oddziału ZNP o członkostwie,
- Zał. nr 5** – Formularz medyczny

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika)

Załącznik nr 1 do Deklaracji uczestnictwa

**Formularz zgłoszeniowy do udziału w rehabilitacji
realizowanej w ramach projektu „Program rehabilitacji dla nauczycieli – członków ZNP z obszaru
województwa lubelskiego”**

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZAĆ "X"

DANE UCZESTNIKA

Imię (imiona)	NR PESEL
Nazwisko	
Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok)	Miejsce urodzenia - miejscowość

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Ulica	nr domu	nr mieszkania	
Kod pocztowy	Pocztą	Miejscowość	
Gmina	Powiat		
Województwo	Kraj		
Telefon komórkowy			
Adres poczty elektronicznej (e-mail)			

ADRES KORESPONDENCYJNY (wypełnić jeśli inny niż adres zamieszkania)

Ulica	nr domu	nr mieszkania	
Kod pocztowy	Pocztą	Miejscowość	

STATUS NA RYNKU PRACY (proszę zaznaczyć właściwy)

Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę i jako czynny nauczyciel, wykonuje obowiązki zawodowe w szkole, na terenie w woj. lubelskiego

☐ TAK

☐ NIE

Jestem zatrudniony w
(podaj nazwę i adres placówki oświatowej - pracodawcy)

STATUS CZŁONKOWSTWA W ZNP (proszę zaznaczyć właściwy)

Jestem członkiem Związku Nauczycielstwa Polskiego

☐

TAK

☐

NIE

Oddział ZNP na terenie województwa lubelskiego, którego jestem członkiem

.....
(podaj nazwę oddziału ZNP)

Posiadam zaległości w opłacaniu składek członkowskich w ZNP

☐

NIE

☐

TAK

DANE PODATKOWE (na potrzeby wystawienia informacji PIT-11*)

Dane właściwego dla Uczestnika Urzędu Skarbowego ze względu na miejsce zamieszkania:

.....
(podaj nazwę Twojego Urzędu Skarbowego, w którym rozliczasz jako podatnik roczne zeznanie podatkowe)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis czytelny Uczestnika)

Udzielane przez Realizatora Projektu na rzecz Uczestników Projektu świadczenia w postaci pobytu w Sanatorium w ramach Projektu należy kwalifikować zgodnie z art. 11. ust. 1 ustawy o PIT jako nieodpłatne świadczenia, tym samym ich wartość stanowić będzie dla Uczestników Projektu przychody z innych źródeł (art. 10 ust. 1 pkt 9 ustawy o PIT). Wartość nieodpłatnych świadczeń na rzecz Uczestnika Projektu wynosi kwotę **1 750,00 PLN. Realizator Projektu w terminach ustawowych sporządzi i przekaże informację PIT-11 Uczestnikowi oraz do właściwego i wskazanego przez Uczestnika urzędu skarbowego. Uczestnik we własnym zakresie zobowiązany jest uwzględnić ten przychód w składanym przez siebie rocznym zeznaniu podatkowym i zapłacić wymagany podatek (jeśli dotyczy).*

Załącznik nr 2 do Deklaracji uczestnictwa

REGULAMIN REKRUTACJI I UDZIAŁU W PROJEKCIE

Program rehabilitacji dla nauczycieli – członków ZNP z obszaru województwa lubelskiego

1. Informacje ogólne

Niniejszy dokument określa:

- zasady i warunki rekrutacji,
- zakres i warunki udzielenia wsparcia,
- oraz prawa i obowiązki Uczestnika,

w rehabilitacji, realizowanej w ramach projektu **Program rehabilitacji dla nauczycieli – członków ZNP z obszaru województwa lubelskiego** (dalej jako **Projekt**), który finansowany jest ze środków własnych jednostki org. Realizatora Projektu,

1.1 Realizator Projektu:

Związek Nauczycielstwa Polskiego ul. Juliana Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa

Biuro i miejsce realizacji Projektu:

NZOO Sanatorium Uzdrowiskowe Związku Nauczycielstwa Polskiego w Nałęczowie

ul. Głowackiego 7, 24-140 Nałęczów

e-mail: **rehabilitacja2025@znpnaleczow.pl**

1.2. Kandydat/Kandydatka – osoba składająca dokumenty rekrutacyjne,

1.3. Uczestnik Projektu – osoba zakwalifikowana do Projektu, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Regulaminie i biorąca udział w Projekcie.

1.4. Sanatorium – Sanatorium Uzdrowiskowe ZNP w Nałęczowie – ośrodek Realizatora Projektu, świadczący usługi (udzielający świadczeń) rehabilitacji w ramach Projektu.

2. Terytorialny i czasowy zakres Projektu:

Projekt zakłada udział w nim **90 Uczestników**.

Projekt realizowany będzie w **trzech turnusach**, po **30 osób** w każdym turnusie:

I. poniedziałek **28 lipca 2025** od godz. **14:00** – poniedziałek **04 sierpnia 2025** do godz. **10:00**

II. poniedziałek **04 sierpnia 2025** od godz. **14:00** – poniedziałek **11 sierpnia 2025** do godz. **10:00**

III. poniedziałek **11 sierpnia 2025** od godz. **14:00** – poniedziałek **18 sierpnia 2025** do godz. **10:00**

3. Rehabilitacja

Rehabilitacja rozumiana jako proces odzyskiwania optymalnych, fizycznych, sensorycznych funkcji, na który składa się **rehabilitacja medyczna**, mająca na celu przywrócenie zdolności funkcjonalnych lub umysłowych oraz poprawy jakości życia.

4. Kryteria uczestnictwa

4.1. Grupę docelową stanowią aktywni zawodowo nauczyciele, będący członkami Związku Nauczycielstwa Polskiego, wykonujący w sposób czynny obowiązki zawodowe nauczyciela w placówce oświatowej, na terenie województwa lubelskiego, narażeni na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub które mogą potrzebować świadczeń rehabilitacyjnych w celu utrzymania zatrudnienia.

4.2. O udział w Projekcie ubiegać może się wyłącznie osoba fizyczna, która w momencie składania dokumentów rekrutacyjnych spełnia łącznie wszystkie niżej wymienione kryteria:

1) miejsce zamieszkania na terenie województwa lubelskiego

2) zatrudnienie w placówce oświatowej na terenie województwa lubelskiego jako czynny zawodowo nauczyciel, potwierdzone zaświadczeniem pracodawcy o zatrudnieniu

3) członkostwo w strukturach ZNP (Oddział ZNP na terenie woj. lubelskiego) i brak zaległości w opłacie składek członkowskich, potwierdzone zaświadczeniem jednostki tj. właściwego Oddziału ZNP

4) zdiagnozowana choroba w obszarze chorób układu krążenia, chorób narządu ruchu lub po przebytych chorobach zakaźnych.

5. Rekrutacja Uczestników Projektu

5.1. Proces rekrutacji

Do Projektu rekrutowane będą osoby wymagające rehabilitacji. Z uwagi iż organizatorem finansującym Projekt jest ZNP jednym z warunków uczestnictwa jest przynależność związkowa w ramach struktur ZNP. Realizacja Projektu spełnia jeden z celów działania ZNP przewidzianych statutem.

Dla ułatwienia dostępu osobom, które ze względu na swój stan zdrowia wymagają rehabilitacji proces rekrutacji będzie odbywał się wyłącznie w systemie zdalnym, bez konieczności przyjazdu do Sanatorium przed rozpoczęciem realizacji rehabilitacji.

Przebieg rekrutacji:

- a) Pierwszym krokiem w rekrutacji do Projektu będzie wypełnienie wniosku o udział w projekcie (Deklaracji uczestnictwa wraz z załącznikami).
- b) Wypełniony wniosek będzie podlegał ocenie formalnej - poprawność wypełnienia wniosku, czy osoba chcąc wziąć udział w Projekcie spełnia kryterium kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie, w tym czy posiada zaświadczenie o zatrudnieniu jako czynny nauczyciel na terenie województwa lubelskiego i czy jest członkiem ZNP.
- c) Do Projektu będą kwalifikowane osoby, które mają problemy zdrowotne w obszarze chorób układu krążenia, chorób narządu ruchu lub z powodu skutków przebytych chorób zakaźnych. Pozytywna ocena medyczna (potwierdzenie przez lekarza występowania problemów zdrowotnych w jednym z trzech obszarów objętych wsparciem) będzie podstawą do zakwalifikowania do udziału w Projekcie.
- d) Uczestnicy, których wniosek spełnia kryteria formalne będą przyjmowani do Projektu według kolejności zgłoszeń aż do osiągnięcia limitu Uczestników.
- e) Kandydaci, którzy nie zostali zakwalifikowani do udziału w Projekcie, z powodu osiągnięcia limitu Uczestników, a spełniający kryteria formalne, zostaną umieszczeni na liście rezerwowej, według kolejności zgłoszeń.
- f) Sanatorium po zakwalifikowaniu Uczestnika do udziału w Projekcie skontaktuje się z Uczestnikiem informując go w formie wiadomości e-mail, o zakwalifikowaniu do Projektu i przypisaniu go do danego turnusu.
- g) Kandydat który otrzymał informację e-mail o zakwalifikowaniu do Projektu, powinien potwierdzić swój udział w Projekcie we wskazanym turnusie, odpowiadając również w formie wiadomości e-mail na otrzymaną od Sanatorium wiadomość we wskazanym terminie.
- h) Potwierdzenie uczestnictwa przez Kandydata jest równoznaczne z zakwalifikowaniem go do Projektu jako Uczestnik.
- i) Brak potwierdzenia uczestnictwa (wycofanie się lub brak udzielenia odpowiedzi w terminie) jest równoznaczne z rezygnacją z udziału przez danego Kandydata w Projekcie, a na miejsce rezygnującego Kandydata zakwalifikowany będzie następny w kolejności Kandydat z listy rezerwowej.

5.2. Za termin dokonania zgłoszenia uważana będzie data i godzina otrzymania przez w Sanatorium (otrzymanie wiadomości e-mail na skrzynkę Sanatorium) prawidłowo wypełnionej Deklaracji uczestnictwa wraz z kompletem załączników.

Kandydat może złożyć Deklarację uczestnictwa wyłącznie pocztą elektroniczną na adres

rehabilitacja2025@znpnaleczow.pl – przesłanie skanów wypełnionych dokumentów w formacie .pdf lub równoważnym

5.3. Wymagane jest przekazanie oryginałów złożonych dokumentów rekrutacyjnych do Sanatorium po stawieniu się Uczestnika do Sanatorium, w dniu rozpoczęcia turnusu w ramach Projektu. Złożone przez Kandydatów dokumenty nie podlegają zwrotowi.

5.4. W przypadku przekazania przez Uczestnika niekompletnych lub zawierających błędy dokumentów rekrutacyjnych Sanatorium może wezwać Uczestnika w celu uzupełnienia lub poprawy dokumentacji w wyznaczonym terminie za

pośrednictwem poczty e-mail. Za termin dokonania zgłoszenia będzie w takim przypadku uznana data i godzina, otrzymania przez w Sanatorium (otrzymanie wiadomości e-mail na skrzynkę Sanatorium) poprawnej dokumentacji, niezawierającej błędów lub braków. W przypadku braku terminowego usunięcia nieprawidłowości zgłoszenie Kandydata podlega odrzuceniu. Odrzucenie zgłoszenia nie wyklucza ponownego złożenia deklaracji uczestnictwa.

6. Zakres wsparcia oferowanego w ramach rehabilitacji

Świadczenia udzielane Uczestnikowi przez Sanatorium w ramach Projektu są bezpłatne dla Uczestnika, zgodnie z zakresem wsparcia określonym Regulaminem, a opłaty dodatkowe określone są w pkt 6.4. poniżej.

6.1. 7 dniowy turnus w Sanatorium, w trakcie którego będą przeprowadzone następujące działania:

- a) Opracowanie programu rehabilitacji, który będzie zawierał ścieżkę prowadzenia rehabilitacji, czyli formy i metody realizacji rehabilitacji.
- b) Zajęcia rehabilitacyjne z zakresu modułu medycznego.

6.2. Cykl rehabilitacyjny prowadzony w Sanatorium, na bazie programu rehabilitacji:

a) **Moduł medyczny (bezpłatny dla Uczestnika):** zrealizowane zostanie 5 dni zabiegowych. Każdy pacjent otrzyma średnio 4 zabiegów dziennie, w dniu zabiegowym (od wtorku do soboty włącznie).

Zabiegi będą dobrane do potrzeb pacjentów w zakresie: kinezyterapii indywidualnej i grupowej, fizykoterapii, zabiegów balneologicznych, hydroterapii oraz masażu lub innych według programu ustalonego przez personel Sanatorium.

6.3 Świadczenia towarzyszące (bezpłatne dla Uczestnika) – w trakcie pobytu w Sanatorium Uczestnik ma zapewnione:

- zakwaterowanie w pokojach 2 lub 3-osobowych oraz pełne wyżywienie (trzy posiłki dziennie, żywienie zbiorowe, wg diety opracowanej przez Sanatorium),

6.4. Opłaty dodatkowe (dodatkowe płatne przez Uczestnika)

- **Opłata miejscowa - uzdrowskowa**, na rzecz Miasta Nałęczów, jest obowiązkowa i wynosi: **6,20 zł/za każdą rozpoczętą dobę pobytu**, płatna jest gotówką w recepcji Sanatorium.
- Opłata za parking (opcjonalny, dla osób chcących pozostawić auto na parkingu Sanatorium) wynosi: **10 zł/ za każdą rozpoczętą dobę pobytu**.
- Świadczenia na rzecz Uczestnika w ramach Projektu nie obejmuje innych świadczeń niż te, które są opisane w pkt. 6 Regulaminu, w szczególności odrębnie płatne są wyszczególnione w cennikach dodatkowe pakiety medyczne i zabiegi lub inne usługi dodatkowe, z których Uczestnik może - ale nie musi - opcjonalnie skorzystać.

7. Pozostałe zasady uczestnictwa

7.1. Uczestnik ma prawo do udziału w jednym cyklu rehabilitacji tj. tylko jednym turnusie

7.2. Uczestnik we własnym zakresie ponosi koszty dojazdu do Sanatorium i kosztu powrotu do miejsca zamieszkania po zakończeniu udziału w Projekcie.

7.3. Realizator Projektu nie przewiduje możliwości pobytu w Sanatorium osób towarzyszących Uczestników ani pobytu zwierząt.

7.4. Uczestnik zobowiązany jest do ścisłego przestrzegania wyznaczonych godzin zabiegów i zaleceń lekarskich po zabiegach, a także zaleceń personelu Sanatorium w związku z realizacją Projektu.

7.5. Uczestnik zobowiązany jest przestrzegać Regulaminu Sanatorium Zdrowiskowego ZNP Związku Nauczycielstwa Polskiego w Nałęczowie (tzw. regulamin Kuracjusza), w tym zasad organizacyjnych i porządkowych obowiązujących w Sanatorium, przy czym w przypadku rozbieżności pomiędzy niniejszym Regulaminem, a regulaminem Kuracjusza lub innymi regulacjami wewnętrznymi Sanatorium, niniejszy Regulamin ma znaczenie nadrzędne.

8. Proces monitoringu i ewaluacji

8.1 Wszyscy Uczestnicy podlegają procesowi monitoringu, mającemu na celu ocenę skuteczności działań podjętych w ramach Projektu.

8.2 Uczestnicy projektu zobowiązani są do wypełnienia anonimowych ankiet ewaluacyjnych przekazanych Uczestnikom przez Sanatorium.

8.3. Uczestnicy projektu zobowiązani są do poinformowania Sanatorium o ewentualnych zmianach w swojej sytuacji (np. zmiany w odnośnie zatrudnienia, członkostwa w ZNP, zmianie właściwego Urzędu Skarbowego).

9. Postanowienia końcowe

- 9.1.** W sprawach nieunormowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego i prawa polskiego.
- 9.2.** Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień Regulaminu, w tym zakresu lub terminu udzielanych świadczeń lub z ważnych przyczyn prawo do odwołania realizacji Projektu, o czym zawiadomi zakwalifikowanych Uczestników przed dniem rozpoczęcia turnusu w formie wiadomości e-mail.
- 9.3.** Udzielane przez Realizatora Projektu na rzecz Uczestników Projektu świadczenia w postaci pobytu w Sanatorium w ramach Projektu należy kwalifikować zgodnie z art. 11. ust. 1 ustawy o PIT jako nieodpłatne świadczenia, tym samym ich wartość stanowić będzie dla Uczestników Projektu przychody z innych źródeł (art. 10 ust. 1 pkt 9 ustawy o PIT). Wartość nieodpłatnych świadczeń na rzecz Uczestnika Projektu wynosi kwotę **1 750,00 PLN**. Realizator Projektu w terminach ustawowych sporządzi i przekaze informację PIT-11 Uczestnikowi oraz do właściwego i wskazanego przez Uczestnika urzędu skarbowego. Uczestnik we własnym zakresie zobowiązany jest uwzględnić ten przychód w składanym przez siebie rocznym zeznaniu podatkowym i zapłacić wymagany podatek (jeśli dotyczy).

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA o akceptacji warunków Regulaminu

Oświadczam, iż:

- spełniam wymogi („Kryteria uczestnictwa”), określone w pkt.4 Regulaminu rekrutacji i udziału w Projekcie rehabilitacji
- zapoznałam/em się z treścią niniejszego Regulaminu i zobowiązuje się do jego przestrzegania.

Oświadczam ponadto iż:

- Zostałam/em poinformowana/y, że udzielane przez Realizatora Projektu na moją rzecz świadczenia w postaci pobytu w Sanatorium w ramach Projektu, należy kwalifikować zgodnie z art. 11. ust. 1 ustawy o PIT jako nieodpłatne świadczenia, tym samym ich wartość stanowić będzie dla mnie przychody z innych źródeł (art. 10 ust. 1 pkt 9 ustawy o PIT).
- Jestem świadoma/y, że Realizator Projektu będzie miał obowiązek sporządzenia i przekazania informacji PIT-11 do właściwego i wskazanego przeze mnie urzędu skarbowego.
- Jestem świadoma/y, że na podstawie otrzymanej od Realizatora Projektu informacji PIT-11, powinnam/powinienem w swojej rocznej deklaracji podatkowej (odpowiednio PIT-36 lub PIT-37) wykazać samodzielnie do opodatkowania uzyskany z tytułu nieodpłatnych świadczeń przychód, jako przychód z innych źródeł.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis czytelny Uczestnika)

Załącznik nr 3 do Deklaracji uczestnictwa

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO ORAZ OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 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 (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.). oraz zgoda na przetwarzanie danych w tym danych wrażliwych w zakresie zbioru:

Uczestnicy projektu Program rehabilitacji dla nauczycieli – członków ZNP z obszaru województwa lubelskiego

W celu wykonania art. 13 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 (dalej RODO) informujemy jak poniżej i przekazujemy niezbędne informacje w związku z przetwarzanymi przez nas danymi osobowymi

Administrator danych osobowych	Związek Nauczycielstwa Polskiego z siedzibą w Warszawie Dane kontaktowe administratora: Sanatorium Zdrowiskowe ZNP w Nałęczowie, ul. Głowackiego 7, 24-147 Nałęczów E-mail: sekretariat@znpnaleczow.pl Telefon: +48 81 501 47 05
Inspektor Ochrony Danych	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, dostępnym pod adresem e-mail: rodo@znpnaleczow.pl.
Cele i podstawa prawna przetwarzania danych	Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji projektu „Program rehabilitacji dla nauczycieli – członków ZNP z obszaru województwa lubelskiego”, w szczególności zakwalifikowania do projektu, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach projektu. Podanie danych jest dobrowolne, lecz jest warunkiem uczestnictwa w projekcie i udzielenia wsparcia, a odmowa ich podania będzie skutkować brakiem możliwości wzięcia udziału w projekcie. W szczególności dane przetwarzane będą: • w celu udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, ewaluacji, kontroli prowadzonych w zakresie projektu, - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a - f RODO, • w celu świadczenia usług medycznych (udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym diagnostyka, terapia oraz zarządzania usługami opieki zdrowotnej, prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, weryfikacji tożsamości) – na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. przepisami regulującymi proces udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, lub zastępujących je aktach prawnych • w celu kontaktu z Państwem (telefonicznego, listownego, drogą elektroniczną poprzez email) - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO • w celu obrony praw i dochodzenia roszczeń przez administratora danych w związku z prowadzoną przez niego działalnością – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO • w celach marketingowych – jeśli Pani/Pan wyrazi na to zgodę, na podstawie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO

Informacje o odbiorcach danych osobowych lub o kategoriach odbiorców	• w celu realizacji obowiązków względem organów podatkowych, organów kontrolnych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, art. 64 ust. 1 lub zastępujących je aktach prawnych • w celu realizacji usługi hotelowej - na podstawie art. 6 ust 1 lit. b RODO • w celu zapewnienia bezpieczeństwa mienia i osób przebywających w obszarze monitorowanym oraz zabezpieczenia dochodzenia ewentualnych roszczeń - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz f RODO. Monitoring wizyjny obejmuje pomieszczenia biurowe i administracji i korytarze za wyjątkiem pomieszczeń sanitarnych, socjalnych i pokoi kuracjuszy, a ponadto obejmuje otoczenie budynków Jako podmiot leczniczy dbamy o poufność przekazanych nam danych osobowych. Dane osobowe, mogą być jednak przekazywane organom publicznym i innym podmiotom, które mogą otrzymywać dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego. W szczególności odbiorcami przetwarzanych danych osobowych są podmioty, którym wymienione podmioty lub Administrator danych powierzyły realizację zadań na podstawie odrębnej umowy, w zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań w ramach realizacji projektu. Odbiorcami danych mogą być również organy podatkowe, organy ścigania, sądy, jednostki kontrolujące, Rzecznik Praw Pacjenta. Ponadto dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom świadczącym usługi na zlecenie Administratora, w celu realizacji powyżej określonych celów administratora, w szczególności podmiotom świadczącym usługi medyczne, wsparcia IT, podmiotom świadczącym usługi szkoleniowe i pozostałe usługi wsparcia w ramach projektu, firmom transportowym i kurierskim, pocztowym, firmom prawniczym, archiwizacyjnym, doradcom, a także pracownikom i współpracownikom posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych.
Okres przechowywania danych osobowych	Okres przechowywania dokumentacji medycznej wynosi 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu (z wyj. określonymi w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) lub okres wynikający z ewentualnych zmian przepisów prawa w tym zakresie. Dane z monitoringu będą przechowywane nie dłużej niż przez okres 30 dni, chyba że administrator poweźmie informację, że mogą być one dowodem w postępowaniu. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się wyłącznie na podstawie wyrażonej zgody (np. przetwarzanie w celach marketingowych), dane są przetwarzane do momentu wycofania zgody. Okres przetwarzania danych w celu dochodzenia roszczeń jest taki sam jak okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych są przetwarzane przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy, lub okres wynikający z ewentualnych zmian przepisów prawa w tym zakresie. Właściwe przepisy podatkowe, przepisy z zakresu ubezpieczeń społecznych, procedur sądowych i administracyjnych lub inne przepisy prawne na podstawie których realizowany jest projekt, mogą przewidywać odmienne terminy przechowywania poszczególnych rodzajów dokumentacji lub te terminy wydłużać, do czego respektowania zobowiązany jest Administrator.
Przysługujące prawa	Osoby których dane dotyczą mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, jak również prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (dotyczy przypadku jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) RODO), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie.

Podanie danych osobowych	Podanie danych w celu udzielenia świadczeń medycznych jest niezbędne ze względu na wymogi prawne nałożone na administratora danych (w szczególności konieczność prowadzenia dokumentacji medycznej), a odmowa podania danych może być podstawą do odmowy udzielenia tych świadczeń i odmowy pobytu w Sanatorium. Podanie danych w celach marketingowych jest dobrowolne. Podanie danych w celach rekrutacyjnych jest dobrowolne ale niezbędne do wzięcia udziału w procesie rekrutacji i dalszym udziale w projekcie.
Pozostałe informacje	Informujemy, że dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym do profilowania.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych osobowych (o stanie zdrowia), przez Związek Nauczycielstwa Polskiego z siedzibą w Warszawie, w celach związanych z moim przystąpieniem i udziałem w projekcie *Program rehabilitacji dla nauczycieli – członków ZNP z obszaru województwa lubelskiego* zgodnie z przepisami wynikającymi z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią powyżej zamieszczonej klauzuli obowiązku informacyjnego Administratora (Związek Nauczycielstwa Polskiego z siedzibą w Warszawie), w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Ponadto Administrator poinformował mnie, że:

- niniejsza zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia w tej samej formie, w jakiej zgoda została wyrażona; wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, przy czym brak zgody skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w Projekcie.
- dane osobowe przetwarzane na podstawie niniejszej zgody nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis czytelny Uczestnika)

Załącznik nr 4a do Deklaracji uczestnictwa

.....
Pracodawca - pieczęć

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZATRUDNIENIU

Zaświadczam się, że Pani/Pan*

Imię i nazwisko:

PESEL:

Stanowisko:

jest zatrudniona/y jako nauczyciel i wykonuje w sposób czynny obowiązki zawodowe w placówce oświatowej, na terenie w woj. lubelskiego w:

.....
(nazwa i adres zakładu pracy lub pieczęć placówki oświatowej)

od dnia na czas nieokreślony* /określony do dnia*

.....
Podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej

Załącznik nr 4b do Deklaracji uczestnictwa

.....
Oddział ZNP - pieczęć

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE O CZŁONKOWSTWIE W ZNP

Zaświadczam, że Pani/Pan*

Imię i nazwisko:

PESEL:

jest od dnia członkiem organizacji związkowej Związku Nauczycielstwa Polskiego we wskazanej poniżej jednostce organizacyjnej ZNP:

.....
(nazwa i adres Oddziału ZNP w woj. lubelskim)

a także, na dzień wystawienia niniejszego zaświadczenia, nie zalega ze składami członkowskimi z tytułu członkostwa w ZNP, we wskazanym powyżej oddziale.

.....

Podpis osoby upoważnionej do repr. Oddziału ZNP

Załącznik nr 5 do Deklaracji uczestnictwa

Formularz medyczny

w ramach projektu *Program rehabilitacji dla nauczycieli – członków ZNP z obszaru województwa lubelskiego*

Instrukcja wypełniania

Cz. 1 - Dane pacjenta - wypełnij samodzielnie.

Cz. 2 – Dane medyczne - wypełnia Twój lekarz

Jeżeli posiadasz kopie wyników badań i konsultacji specjalistycznych, które potwierdzają rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących, dołącz je do formularza.

Wypełniony formularz złóż do Sanatorium Uzdrowskowego ZNP w Nałęczowie wraz z dokumentami rekrutacyjnymi.

1. Wypełnij DRUKOWANYMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Cz. 1 Dane pacjenta (wypełnia pacjent)

PESEL	
Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości	
Imię	
Nazwisko	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Zawód wykonywany	

Data i podpis czytelny pacjenta

Cz. 2 Dane medyczne (wypełnia lekarz)

Czy pacjent posiada problemy zdrowotne, które mogą w przyszłości powodować czasową lub trwałą niezdolność do pracy, w jednym z trzech obszarów,? W którym?

☐ narządu ruchu

☐ układu krążenia

☐ po przebytych chorobach zakaźnych

Rozpoznanie (w języku polskim) - Podaj wraz z numerami statystycznymi

Choroby współistniejące - Podaj wraz z numerami statystycznymi

Czy pacjent korzystał w ostatnich 5 latach ze zwolnień lekarskich? ☐ TAK ☐ NIE

Czy pacjent korzystał kiedykolwiek z rehabilitacji? ☐ TAK ☐ NIE

(rehabilitacja ambulatoryjna lub stacjonarna, w ramach prewencji rentowej ZUS, rehabilitacji leczniczej NFZ, lecznictwa uzdrowskiego NFZ, innej w tym prywatnie)

Data wypełnienia:

Pieczęć placówki, w której wystawiono wniosek

Pieczętka i podpis lekarza