

Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

Warszawa, dn. 18.02.2020 r.

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
„Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
dla kadry dydaktycznej i technicznej Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence -
Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego

§ 1

Słownik pojęć

Projekt – projekt o numerze POWR.05.03.00-00-0005/18, pt.: „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Instytucja Pośrednicząca – Minister Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, NIP: 525-191-85-54, REGON: 000287987.

Realizator Projektu – Uczelnia Łazarskiego, ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa (Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence - Biuro Projektu / Biuro CSM – sektor D, piętro III, pokój 302).

Formy wsparcia Projektu – zajęcia dodatkowe dla studentów kierunków lekarskiego i pielęgniarstwa Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego z zakresu symulacji medycznej.

Uczestnik Projektu – osoba fizyczna (kobieta bądź mężczyzna) bezpośrednio korzystająca z form wsparcia Projektu, spełniająca warunki, o których mowa w § 2 ust. 4 i wpisana na listę rankingową Projektu na zasadach określonych w § 4, którą można zidentyfikować i uzyskać od niej dane osobowe zgodnie z „Wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020” (zakres danych został określony w Formularzu danych uczestnika projektu).

Kierownik Projektu – osoba sprawująca nadzór nad realizacją Projektu.

§ 2

Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin określa warunki rekrutacji Uczestników Projektu oraz ogólne zasady uczestnictwa w Projekcie, w tym zasady dotyczące ochrony danych osobowych w ramach form wsparcia dedykowanych kadry dydaktycznej i technicznej zaangażowanej w ramach Centrum Symulacji Medycznych- Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego.
2. Projekt realizowany jest w okresie od 01-01-2019 r. do 30-09-2022 r.
3. Celem głównym Projektu jest: *podniesienie jakości kształcenia na kierunkach lekarskim i pielęgniarstwie Uczelni Łazarskiego poprzez wdrożenie adekwatnego do potrzeb Programu Rozwojowego opartego o wieloprofilowe centrum symulacji medycznych*
Osiągnięcie celu nastąpi poprzez realizację celów szczegółowych:

Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

- *wzmocnienie bazy dydaktycznej umożliwiającej kształcenie praktyczne metodą symulacji medycznej=> dzięki utworzeniu i wyposażeniu CSM;*
 - *wzrost kompetencji kadry dydaktycznej kształcącej na kierunkach medycznych poprzez umożliwienie doskonalenia się na kursach/szkoleniach/stażach;*
 - *zwiększenie kompetencji studentów w zakresie praktycznych aspektów zawodu poprzez realizację części zajęć praktycznych w warunkach sal symulacyjnych, włączając w to udział pacjenta standaryzowanego oraz naukę opartą o scenariusze przygotowane przez doświadczonych lekarzy praktyków zatrudnionych w klinika.*
4. Uczestnikami Projektu może być kadra dydaktyczna oraz kadra techniczna zaangażowana w ramach Centrum Symulacji Medycznych - Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego, która spełnia następujące kryteria formalne:
- a) aplikując do udziału w Projekcie wyraża chęć otrzymania wsparcia w zakresie uczestnictwa w szkoleniach, stażach, warsztatach, kursach podnoszących kompetencje i/lub kwalifikacje zawodowe;
 - b) osoba korzystająca ze wsparcia jest zatrudniona w Uczelni Łazarskiego i w ramach obowiązków jest zaangażowana do prowadzenia lub obsługi technicznej zajęć realizowanych na Wydziale Medycznym w ramach Centrum Symulacji Medycznych;
 - c) złożyła w Biurze Projektu komplet prawidłowo wypełnionych i podpisanych dokumentów aplikacyjnych określonych w § 4 ust. 4 niniejszego Regulaminu.
5. Udział w Projekcie jest nieodpłatny dla Uczestników Projektu.
6. Komunikacja z Uczestnikami Projektu odbywać się będzie za pomocą poczty elektronicznej, poczty tradycyjnej i kontaktów telefonicznych oraz kontaktów bezpośrednich w Biurze Projektu (dane kontaktowe do Biura Projektu – pok. 302, sektor D, III piętro, adres mailowy: csm.wm@lazarski.edu.pl, telefon kontaktowy: +48 22 543 53 39), a także komunikatów na stronie internetowej Projektu:
<https://www.lazarski.pl/pl/wydzialy-i-jednostki/wydzial-medyczny/centrum-symulacji-medycznych-medexcellence/>
7. Udział w Projekcie nie zwalnia Uczestnika Projektu z obowiązków zawodowych wynikających ze stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego oraz innych uregulowań dotyczących tych stosunków obowiązujących w Uczelni Łazarskiego.

§ 3

Formy wsparcia Projektu

1. Uczestnik Projektu może wziąć udział w formach wsparcia Projektu, przy czym:
- a) Formy wsparcia są dokładnie określone w Planie szkoleń, który jest ustalany okresowo (raz na pół roku) w odniesieniu do aktualnie zatrudnionej kadry i jej zapotrzebowania (zidentyfikowanego m.in. poprzez analizę potrzeb i ścieżek kariery).
 - b) Określono kryteria premiujące uprawniające do udziału w projekcie:
 - i. kryteria premiujące dla kadry dydaktycznej:
 - posiadanie stopnia naukowego na poziomie min. doktora +10 pkt

Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

- status osoby niepełnosprawnej +5 pkt
- wysoka motywacja do podnoszenia kwalifikacji i/lub kompetencji od 0 do +5 pkt
- ii. kryteria premiujące dla kadry technicznej:
 - doświadczenie praktyczne w obszarze ochrony zdrowia min. 5 lat +10 pkt
 - status osoby niepełnosprawnej +5 pkt
 - wysoka motywacja do podnoszenia kwalifikacji i/lub kompetencji od 0 do +5 pkt
- c) Wsparcie dla kadry dydaktycznej i technicznej w ramach projektu będzie realizowane w formie: szkoleń certyfikowanych, stażów, kursów lub warsztatów.
- d) Warunkiem rozpoczęcia udziału we wsparciu: jest spełnienie wymaganych kryteriów dla Uczestnika Projektu oraz złożenie w Biurze Projektu dokumentów aplikacyjnych.
- e) Uczestnik Projektu może wziąć udział w więcej niż jednej formie wsparcia.
- 2. Szkolenia dla kadry dydaktycznej i technicznej będą realizowane w okresie od 1 marca 2020 roku do 31 grudnia 2021 roku.
- 3. Tematyka realizowanych form wsparcia w ramach Projektu zostanie określona w ramach Planu szkoleń w formie załącznika. Załącznik z tematyką szkoleń będzie udostępniony do wglądu w Biurze Projektu (sektor D, pok. 302).
- 4. Realizator Projektu planuje realizację form wsparcia w następujących miejscach:
 - a) Uczelnia Łazarskiego, ul. Świeradowskiej 43, 02-662 Warszawa - sale Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence ,
 - b) Siedziby podmiotów realizujących staże, szkolenia, warsztaty, kursy.
- 5. Realizator Projektu sporządzi i zamieści na stronie internetowej Projektu: (<https://www.lazarski.pl/pl/wydzialy-i-jednostki/wydzial-medyczny/centrum-symulacji-medycznych-medexcellence/>) szczegółowy harmonogram udzielania wsparcia w Projekcie w ramach szkoleń dla kadry dydaktycznej i technicznej przed rozpoczęciem udzielania wsparcia (harmonogram ten będzie zawierać co najmniej informację o rodzaju wsparcia oraz dokładną datę, godzinę i miejsce realizacji wsparcia).

§ 4

Rekrutacja

1. Rekrutacja do Projektu zapewni stosowanie zasad równości szans i niedyskryminowania, a także równości szans kobiet i mężczyzn, zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020, zamieszczonymi na stronie internetowej Instytucji Pośredniczącej.
2. Rekrutacja będzie prowadzona przez Realizatora Projektu w trybie ciągłym w okresie od 1 stycznia 2020 roku do 31 grudnia 2021 roku.
Realizator Projektu zastrzega również możliwość odwołania/zamknięcia procesu rekrutacji o czym poinformuje na stronie internetowej Projektu w przypadku wyczerpania miejsc w ramach form wsparcia Projektu lub wystąpienia sytuacji uniemożliwiających dalsze udzielanie wsparcia Uczestnikom Projektu (np. zaprzestanie realizacji Projektu).

Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

3. O rozpoczęciu rekrutacji informować będą komunikaty zamieszczone na stronie internetowej Projektu: <https://www.lazarski.pl/pl/wydzialy-i-jednostki/wydzial-medyczny/centrum-symulacji-medycznych-medexcellence/> oraz komunikaty udostępniane na tablicach informacyjnych oraz w Biurze Projektu (sektor D, pok. 302) na terenie UŁa.
4. Wszystkie niezbędne dokumenty aplikacyjne będą dostępne na stronie internetowej Projektu w zakładce Kadra oraz w Biurze Projektu (sektor D, pok. 302) tj.:
 - a) deklaracja uczestnictwa w projekcie,
 - b) formularz danych,
 - c) oświadczenie uczestnika projektu.
5. Zmiana treści i formy dokumentów aplikacyjnych Uczestnika Projektu nie wymaga aktualizacji niniejszego Regulaminu.
6. Rekrutację będzie prowadził Realizator Projektu poprzez Biuro Projektu (sektor D, pok. 302). Nadzór nad procesem rekrutacji sprawuje Kierownik Projektu. Ocena dokumentów aplikacyjnych pod kątem formalnym będzie realizowana przez pracowników administracyjnych Biura Projektu. W ramach oceny merytorycznej powołana zostanie 3 osobowa komisja rekrutacyjna w skład której każdorazowo wchodzić będzie Kierownik Projektu oraz dwie inne osoby wyznaczone z grona pracowników Uczelni Łazarskiego.
7. Każda osoba spełniająca warunki określone w § 2 ust. 4 lit. a-c ma możliwość udziału w procesie rekrutacji.
8. Dokumenty aplikacyjne Uczestnika Projektu wymienione w § 4 ust. 4 należy składać w Biurze Projektu (sektor D, pok. 302). Osoby niemogące dostarczyć dokumentów zgłoszeniowych osobiście do Biura Projektu (m.in. ze względu na niepełnosprawność, inne kwestie zdrowotne lub osobiste) mogą skontaktować się z Biurem Projektu drogą elektroniczną lub telefoniczną w celu określenia dogodnej drogi udziału w procesie rekrutacyjnym.
9. Kwalifikacja Uczestników do udziału w Projekcie dokonywana będzie w trakcie trwania rekrutacji w cyklach miesięcznych na podstawie dokumentów wymienionych w § 4 ust. 4 - ocena spełnienia kryteriów formalnych oraz punktów przyznanych w ramach kryteriów premiujących:
 - a) weryfikacja kryteriów formalnych – czy poprawnie wypełniono i dostarczono komplet dokumentów zgłoszeniowych Uczestnika Projektu wymienionych w § 4 ust. 4, czy spełnione zostały warunki określone w § 2 ust. 4. Niespełnienie któregokolwiek z kryteriów formalnych powoduje odrzucenie zgłoszenia. O odrzuceniu zgłoszenia osoba zainteresowana zostanie powiadomiona telefonicznie lub mailem. Osoba taka może w ciągu 5 dni złożyć odwołanie od tej decyzji. Odwołanie należy przesłać mailowo lub złożyć osobiście w Biurze Projektu.
 - b) weryfikacja kryteriów premiujących – przyznanie punktów w ramach kryteriów premiujących na podstawie informacji przedstawionych w Deklaracji uczestnictwa.
 - i. kryteria premiujące dla kadry dydaktycznej – suma max. 20 pkt:
 - posiadanie stopnia naukowego na poziomie min. doktora +10 pkt
 - status osoby niepełnosprawnej + 5 pkt
 - wysoka motywacja do podnoszenia kwalifikacji i/lub kompetencji od 0 do +5 pkt
 - ii. Kryteria premiujące dla kadry technicznej – suma max 20 pkt:
 - doświadczenie praktyczne w obszarze ochrony zdrowia min. 5 lat +10 pkt
 - status osoby niepełnosprawnej +5 pkt

Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

- wysoka motywacja do podnoszenia kwalifikacji i/lub kompetencji od 0 do +5 pkt

10. Osoby zakwalifikowane do udziału w Projekcie zostaną wykazane na liście rankingowej za dany miesiąc, w którym prowadzona będzie rekrutacja (listy rankingowe za dane miesiące rekrutacji stanowią łącznie listę Uczestników Projektu) – kolejność osób na liście będzie wynikała z liczby otrzymanych punktów premiujących, w przypadku tej samej liczby punktów o kolejności będzie decydowała data zgłoszenia, w przypadku tożsamej liczby punktów i daty zgłoszenia osoby zostaną uporządkowane zgodnie z kolejnością alfabetyczną według nazwiska.
11. W przypadku zbyt dużej liczby chętnych zostanie utworzona lista rezerwowa. Osoby z listy rezerwowej zostaną włączone do uczestnictwa w Projekcie w przypadku rezygnacji osób wcześniej zakwalifikowanych. W przypadku takiej samej liczby punktów decyduje kolejność zgłoszeń.
12. Osoby zakwalifikowane do udziału w Projekcie (oraz osoby z listy rezerwowej) zostaną powiadomione ustnie, drogą elektroniczną bądź telefonicznie o wynikach rekrutacji.

§ 5

Rezygnacja z udziału w Projekcie oraz wykreślenia Uczestnika Projektu z listy uczestników

1. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo skreślenia Uczestnika z listy Uczestników Projektu w przypadku niewywiązania się z zasad uczestnictwa w Projekcie. W szczególności dotyczy to naruszenia postanowień niniejszego Regulaminu.
2. Osoba raz skreślona z listy Uczestników Projektu nie może ubiegać się o ponowne przyjęcie do Projektu.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Uczestnik Projektu może złożyć wniosek o skreślenie go z listy uczestników Projektu przysyłając go na adres e-mail Realizatora Projektu lub/i przekazać tę informację osobiście do Biura Projektu.
4. Rezygnacja z udziału w projekcie może wynikać z przyczyn zdrowotnych, osobistych lub działania siły wyższej i z zasady nie mogą być one znane przez Uczestnika Projektu w momencie rozpoczęcia udziału w Projekcie.
5. W przypadku rezygnacji z udziału w Projekcie, Uczestnik Projektu proszony będzie o dostarczenie pisemnego oświadczenia o rezygnacji z udziału w Projekcie wraz z podaniem jej powodów.

§ 6

Prawa i obowiązki Uczestników Projektu

1. Uczestnik Projektu ma prawo do:
 - a) uczestniczenia w nieodpłatnych formach wsparcia Projektu,
 - b) otrzymania nieodpłatnych materiałów dydaktycznych (plik doc, pdf lub ppt),
 - c) otrzymania zaświadczenia/certyfikatu o ukończeniu udziału w realizacji danych form wsparcia Projektu,
 - d) zgłaszania do Biura Projektu uwag dotyczących poszczególnych form wsparcia Projektu, w których uczestniczy.
2. Uczestnik Projektu ma obowiązki:
 - a) uczestniczyć we wszystkich zaplanowanych dla niego formach wsparcia Projektu przez cały okres ich trwania wraz z obowiązkiem ich ukończenia,



Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

- b) potwierdzenia obecności na zajęciach własnoręcznym podpisem na liście obecności,
- c) poinformowania Realizatora Projektu o ewentualnych zmianach istotnych danych osobowych, (np. o zmianie imienia, nazwiska, wymianie dowodu osobistego, zmianie numeru telefonu, adresu zamieszkania) podanych w dokumentacji rekrutacyjnej, w ciągu 7 dni od ich powstania. W przypadku zaistnienia wspomnianych wyżej zmian Uczestnik Projektu składa w Biurze Projektu formularz aktualizujący dane osobowe,
- d) niezwłocznego poinformowania Realizatora Projektu osobiście, drogą mailową lub telefoniczną o innych istotnych przeszkodach związanych z udziałem w Projekcie.

§ 7

Prawa i obowiązki Realizatora Projektu

1. Do obowiązków Realizatora Projektu należy:
 - a) zapewnienie jednostki i/lub kadry merytorycznej posiadającej kwalifikacje w zakresie realizowanych form wsparcia Projektu,
 - b) zabezpieczenie zaplecza technicznego i lokalowego,
 - c) przestrzegania w procesie rekrutacji i realizacji projektu zasad określonych w Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020, zamieszczonymi na stronie internetowej Instytucji Pośredniczącej.
2. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do:
 - a) żądania złożenia dodatkowych dokumentów i oświadczeń związanych z udziałem w Projekcie,
 - b) monitorowania postępu Uczestników Projektu biorących udział w realizacji poszczególnych form wsparcia Projektu oraz przeprowadzenia ewaluacji Projektu,
 - c) odwołania realizacji danej formy wsparcia z przyczyn od niego niezależnych lub w przypadku zebrania niewystarczającej liczby Uczestników Projektu dla danej formy wsparcia. W takim przypadku Uczestnikom Projektu zostanie zaproponowany udział w danej formie wsparcia w innym terminie lub udział w innej, adekwatnej formie wsparcia. W przypadku odwołania danej formy wsparcia Realizator niezwłocznie informuje o tym fakcie każdego z Uczestników Projektu przesyłając informację na adres e-mail lub/i wysyłając wiadomości SMS.

§ 8

Dane osobowe

1. Na podstawie Porozumienia w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 z dnia 19 maja 2015 r., nr WER/MZ/DO/2015, z późn. zm., zawartego pomiędzy Powierzającym a Instytucją Pośredniczącą oraz w związku z art. 28 RODO¹, Instytucja Pośrednicząca powierza Beneficjentowi

¹„RODO” oznacza to Rozporządzenie 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).

Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

(Realizator Projektu – Uczelnia Łazarskiego z siedzibą w Warszawie 02-662, ul. Świeradowska 43, wpisana do bazy przedsiębiorców REGON pod numerem 010286164) przetwarzanie danych osobowych Uczestników Projektu, w imieniu i na rzecz Powierającego, na warunkach opisanych w paragrafie 21 Umowy o dofinansowanie Projektu z dnia 24.04.2019 r. (umowa numer: POWR.05.03.00-00-0005/18-00) zawartej pomiędzy Realizatorem Projektu (Beneficjent – Uczelnia Łazarskiego) a Instytucją Pośredniczącą (Minister Zdrowia).

2. Uczestnik Projektu poprzez wypełnienie Deklaracji uczestnictwa w projekcie, Oświadczenia uczestnika projektu i pozostałych dokumentów zgłoszeniowych Uczestnika Projektu określonych w § 4 ust. 4 przyjmuje do wiadomości zasady przetwarzania jego danych osobowych zgodnie z prawem i przy spełnieniu warunków, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 przez Realizatora Projektu, Instytucję Pośredniczącą oraz Administratora Danych Osobowych w celu niezbędnym do realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER), w tym w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków Projektu, udzielania wsparcia Uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz wykonania postanowień niniejszego Regulaminu i realizacji form wsparcia w nim opisanych.
3. Administratorem Danych Osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
4. Szczegółowe informacje dla Uczestnika Projektu w zakresie ochrony danych osobowych zawiera Oświadczenie uczestnika projektu, którego aktualny wzór dostępny jest na stronie internetowej Projektu. Aktualizacja oświadczenia nie wymaga aktualizacji niniejszego Regulaminu.
5. Szczegółowy zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania, koniecznych do podania przez Uczestnika Projektu na potrzeby realizacji Projektu zawiera Formularz danych uczestnika projektu, którego aktualny wzór dostępny jest na stronie internetowej Projektu. Aktualizacja formularza nie wymaga aktualizacji niniejszego Regulaminu.
6. Przy przetwarzaniu danych osobowych Realizator Projektu zobowiązuje się do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanemu z przetwarzaniem danych osobowych, o których mowa w art. 32 RODO. Przetwarzanie danych osobowych Uczestników Projektu jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO.
7. Polityka ochrony danych osobowych w Projekcie jest oparta na Polityce Ochrony Danych Osobowych w Uczelni Łazarskiego, Regulaminie Ochrony Danych Osobowych w Uczelni Łazarskiego. Stosowane są również systemy zabezpieczeń przedstawione w Instrukcji Zarządzania Systemami Informatycznymi – wykaz zabezpieczeń RODO w Uczelni Łazarskiego. Dla Projektu prowadzona jest ewidencja wydanych upoważnień do przetwarzania danych osobowych Uczestników Projektu w zbiorach Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój oraz Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych – w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z obszarem zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, analiza ryzyka oraz rejestr czynności przetwarzania.

Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

§ 9

Postanowienia końcowe

1. Niniejszy Regulamin obowiązuje przez cały okres realizacji Projektu.
2. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do wprowadzania zmian w Regulaminie.
3. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i udostępnienia nowej wersji Regulaminu do publicznego wglądu w Biurze Projektu oraz na stronie internetowej Projektu.
4. Kwestie nieuregulowane w niniejszym Regulaminie rozstrzygane są przez Kierownika Projektu, zgodnie z przepisami obowiązującego prawa, w tym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Kodeksu Cywilnego oraz przepisów wewnętrznych Uczelni Łazarskiego.
5. Realizator Projektu nie ponosi odpowiedzialności wobec Uczestników Projektu w przypadku wstrzymania finansowania Projektu przez Instytucję Pośredniczącą, w tym również spowodowanego brakiem środków na realizację Projektu.
6. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

Warszawa, dnia 18.02.2020 roku

KIEROWNIK PROJEKTU
Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence
Doskonałość w kształceniu.
Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego

Zatwierdzam:
dr hab. Paweł Ciszewski

Kierownik Projektu

KIEROWNIK
Centrum Symulacji Medycznych
MedExcellence
Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego

.....
dr hab. n. med. Łukasz Szarpak

Kierownik CSM



Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

Deklaracja uczestnictwa w projekcie pn. „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu” dla kadry CSM

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko:

.....

nr telefonu:

.....

PESEL:

.....

e-mail:

.....

STATUS ZATRUDNIENIA W UCZELNI ŁAZARSKIEGO:

Jestem zatrudniony/a w Uczelni Łazarskiego na podstawie:

☐

umowy o pracę

☐

umowy cywilno-prawnej

Prowadzę/będę prowadzić zajęcia dydaktyczne w Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence:

☐

Tak

☐

Nie

Zajmuję się obsługą techniczną zajęć realizowanych w Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence:

☐

Tak

☐

Nie

Posiadam stopień naukowy na poziomie min. doktora (dotyczy kadry dydaktycznej):

☐

Tak

☐

Nie

☐

Nie dotyczy

Posiadam min. 5 letnie doświadczenie praktyczne w obszarze ochrony zdrowia (dotyczy kadry technicznej):

☐

Tak

☐

Nie

☐

Nie dotyczy

STATUS OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:

☐

- posiadam orzeczenie o niepełnosprawności

- orzeczenie nr z dnia, wydane przez
- czy masz indywidualne oczekiwania i potrzeby względem procesu rekrutacji projektu np. stosowanie wskazanej przez Ciebie formy kontaktu z personelem projektu, dodatkowe

Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

zaprezentowanie informacji o rekrutacji we wskazanej przez Ciebie formie, inne – podaj je:

.....
.....
.....
.....
.....

☐ - nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności

MOTYWACJA DO PODNOSZENIA KOMPETENCJI I/LUB KWALIFIKACJI:

Określ swoją motywację do podnoszenia kompetencji i/lub kwalifikacji zawodowych w skali od 1 do 5 (gdzie 1 to – niska motywacja/brak motywacji, a 5 to – bardzo wysoka motywacja)

☐ - 0

☐ - 1

☐ - 2

☐ - 3

☐ - 4

☐ - 5

KOŃCOWA DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE:

Ja, niżej podpisana/y, deklaruje chęć udziału we wszystkich formach wsparcia realizowanych w ramach projektu pn. „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu” (nr projektu POWR.05.03.00-00-0005/18) realizowanego przez Uczelnię Łazarskiego, współfinansowanego przy udziale środków z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane podane w niniejszej Deklaracji są zgodne z prawdą. Oświadczam, również że zapoznałem/am się z *Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu” dla kadry dydaktycznej i technicznej Centrum Symulacji Medycznej MedExcellence – Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego*, dostępnym na stronie internetowej Projektu i w Biurze Rekrutacji / Biurze Projektu, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Warszawa, dnia:

.....
(Czytelny podpis)

PRZYJĘCIE DEKLARACJI DO BIURA REKRUTACJI/BIURA PROJEKTU:

Data przyjęcia:

Podpis osoby przyjmującej:



Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

FORMULARZ DANYCH

Minimalny zakres danych koniecznych do wprowadzenia do centralnego systemu teleinformatycznego (SL2014) w zakresie uczestników objętych wsparciem w ramach projektu „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”

DANE UCZESTNIKA ¹	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Płeć	Kobieta ☐ Mężczyzna ☐
Wiek w chwili przystępowania do projektu	
PESEL	
Wykształcenie ²	
DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA ³	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Obszar	Obszar miejski ☐ Obszar wiejski ☐
Kod pocztowy	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon stacjonarny	
Telefon komórkowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

¹ Należy wypełnić wszystkie pola dotyczące danych uczestnika.

² Wykształcenie (ISCED - Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Kształcenia) – należy wskazać wykształcenie posiadane w momencie zapisu do projektu, zgodnie z klasyfikacją:

- niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) (ISCED 0),
- podstawowe (ISCED 1),
- gimnazjalne (ISCED 2),
- ponadgimnazjalne (ISCED 3), w tym: ukończone na poziomie zasadniczej szkoły zawodowej lub ukończone na poziomie szkoły średniej (liceum, technikum),
- policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) (ISCED 4),
- wyższe (ISCED 5-8).

³ Należy wypełnić wszystkie pola dotyczące danych kontaktowych uczestnika.



Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

STATUS SPOŁECZNY I EKONOMICZNY UCZESTNIKA (należy zaznaczyć X)	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Aktywny zawodowo ☐ Bierny zawodowo ☐
Jeżeli tak, zaznacz poniżej:	
Zatrudniony:	Rolnik ☐
	Samozatrudniony ☐
	Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie ☐
	Zatrudniony w przedsiębiorstwie MSP ☐
	Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie ☐
	Zatrudniony w administracji publicznej ☐
	Zatrudniony w organizacji pozarządowej ☐
Wykonywany zawód	
Nazwa firmy/instytucji zatrudniającej	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK ☐ NIE ☐
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK ☐ NIE ☐
Osoba z niepełnosprawnościami	TAK ☐ NIE ☐
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ⁵	Jakiej?

Ja, niżej podpisana/y, świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane podane w niniejszym formularzu są zgodne z ze stanem faktycznym i prawnym.

Warszawa, dnia:

.....
(Czytelny podpis uczestnika Projektu)

⁴ Osoba pracująca - osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność.

⁵ Wskaźnik odnosi się do wszystkich grup uczestników w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, a nie objętych wskaźnikami dot. osób z niepełnosprawnościami, migrantów, osób obcego pochodzenia i mniejszości. Bezdomność i wykluczenie z dostępu do mieszkań oraz pochodzenie z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEURBA 3) powinno zawsze być wykazywane we wskaźniku dot. innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej. Niekorzystna sytuacja dotycząca płci, statusu na rynku pracy - jak długotrwałe bezrobocie, wiek lub osiągnięcie wykształcenia co najmniej na poziomie ISCED 1, objęta jest wspólnymi wskaźnikami i nie powinna być uwzględniana w tym wskaźniku. Przykładem takiego uczestnika może być osoba z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu co najmniej ISCED 1) i jest poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1 (w przypadku osób objętych reformą edukacji przeprowadzoną w 2017 r. - poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 2). Innym przykładem uczestników, których należy wykazać we wskaźniku są byli więźniowie, narkomani itp. W przypadku, kiedy dana osoba zostaje uznana za znajdującą się w niekorzystnej sytuacji (np. z ww. powodu wykształcenia) jest jednocześnie np. osobą z niepełnosprawnościami, należy ją wykazać w obu wskaźnikach (dot. niepełnosprawności oraz niekorzystnej sytuacji (Definicja określona na podstawie: Załącznik nr 2. Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych 2014-2020 – EFS do Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 z dnia 9 lipca 2018 roku).



Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

DANE DOTYCZĄCE WSPARCIA (wypełnia Biuro Projektu)	
Rodzaj przyznanego wsparcia	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	



Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. **„Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
5. Ministerstwu Zdrowia, ul. Miodowa 125, 00-952 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - **„Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”** – Uczelni Łazarskiego, ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa. Moje dane osobowe mogą zostać

Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.

6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
12. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
13. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@lazarzski.edu.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@miir.gov.pl.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 16 i 18 RODO.
15. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

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



Projekt „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWR.05.03.00-00-0005/18

KARTA OCENY KANDYDATA/TKI

Imię i nazwisko Kandydata/teki	
PESEL (lub w przypadku braku: data urodzenia)	

Kryteria formalne:

1.	Deklaracja uczestnictwa w projekcie została wypełniona, podpisana i dostarczona	☐ Tak	☐ Nie
2.	Formularz danych został wypełniony, podpisany i dostarczony	☐ Tak	☐ Nie
3.	Oświadczenie uczestnika projektu zostało wypełnione, podpisane i dostarczone	☐ Tak	☐ Nie

KRYTERIA FORMALNE UPRAWNIAJĄCE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE (SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA):

☐ spełnia	☐ nie spełnia
----------------------------------	--------------------------------------

Zaznaczenie kolumny NIE SPEŁNIA skutkuje odrzuceniem Formularza zgłoszeniowego z powodu nie spełnienia kluczowych kryteriów uczestnictwa świadczących o przynależności do grupy docelowej i posiadania jej cech. Kryteria formalne udziału w projekcie zostały określone w § 2 ust. 4 lit. a-c Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie dla kadry dydaktycznej i technicznej CSM.

Kryteria premiujące:

1.	Orzeczenie o niepełnosprawności	☐ Tak (5 pkt)			☐ Nie (0 pkt)		
2.	Wysoka motywacja do aktywizacji zawodowej	☐ 0 pkt	☐ 1 pkt	☐ 2 pkt	☐ 3 pkt	☐ 4 pkt	☐ 5 pkt
3.	Stopień naukowy na poziomie min. doktora (dotyczy kadry dydaktycznej)	☐ Tak (10 pkt)		☐ Nie (0 pkt)		☐ Nie dotyczy	
4.	Doświadczenie w obszarze ochrony zdrowia min. 5 lat (dotyczy kadry technicznej)	☐ Tak (10 pkt)		☐ Nie (0 pkt)		☐ Nie dotyczy	
SUMA uzyskanych punktów:							

Decyzja dotycząca zakwalifikowania Kandydata/teki do udziału w formach wsparcia w ramach Projektu pn. „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu”:

Pan(i)
został(a) / nie został(a)* zakwalifikowany/a do udziału w projekcie.

Warszawa, dn.

Podpisy Komisji rekrutacyjnej:

1.	2.	3.

* Niepotrzebne skreślić