Szanowna Pani / Szanowny Panie,

poniższa ankieta służy do oceny skuteczności „**Programu profilaktyki nowotworów skóry
ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”**,
stopnia osiągnięcia jego celów dotyczących zmian wiedzy, umiejętności i zachowań zdrowotnych uczestników. Wnioski z ankiet są użyteczne do prac nad kolejnymi tego rodzaju programami prowadzonymi przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego. Prosimy o udzielanie odpowiedzi poprzez zaznaczenie odpowiednich pól znakiem X. **Ankieta jest anonimowa.** Dziękujemy za jej wypełnienie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Płeć:*** | ***Wiek (lata)*** | ***Wykonywany zawód*** |
|  *kobieta* |  |  | *mężczyzna* |  |  | *………………….* | *…………………………….……* |

**Czy w wyniku Pani/Pana udziału w ww. projekcie służącym realizacji „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”:**

1. **Wzrosła Pani/Pana wiedza o czynnikach ryzyka zachorowania na nowotwory skóry, w tym szczególnie czerniaka?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK |  |  | NIE |  |  |  |

1. **Wzrosła Pani/Pana wiedza o szkodliwości promieniowania UV?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK |  |  | NIE |  |  |  |

1. **Wzrosła Pani/Pana wiedza** **w zakresie skutecznej ochrony przeciwsłonecznej?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK |  |  | NIE |  |  |  |

1. **Wzrosły Pani/Pana umiejętności samobadania skóry podczas codziennych zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych oraz czy systematycznie Pani / Pan je wykonuje?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK |  |  | NIE |  |  |  |

1. **Częściej niż przed udziałem w projekcie wykazuje Pan/Pani zachowania prozdrowotne
w zakresie profilaktyki nowotworu skóry czerniaka?**

Zaznaczyć TAK w przypadku przynajmniej dwóch spośród poniższych zachowań:

* regularne (przynajmniej raz w miesiącu) samobadanie skóry,
* kontrolne coroczne wizyty u dermatologa lub chirurga-onkologa / coroczne uczestnictwo
w badaniach dermatoskopowych lub wideodermatoskopowych,
* zmniejszenie ryzyka oparzeń słonecznych poprzez ograniczenie aktywności niezwiązanych z pracą zawodową, związanych z przebywaniem na słońcu,
* rezygnacja lub ograniczenie korzystania z solarium,
* rezygnacja lub ograniczenie korzystania z lampy kwarcowej do opalania,
* stosowanie kremów z filtrem UV podczas przebywania na słońcu w słoneczne dni powyżej 1 godziny,
* stosowanie kremów przeciwsłonecznych podczas opalania,
* ograniczenie bezpośredniej ekspozycji na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia,
* stosowanie okularów z filtrem UV w słoneczne dni,
* stosowanie odzieży chroniącej przed promieniowaniem UV,

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK |  |  | NIE |  |  |  |

1. **Wzrosły Pani/Pana umiejętności dotyczące rozpoznawania swoistych/nieswoistych sygnałów wymagających konsultacji ze specjalistą?**

Zaznaczyć TAK w przypadku przynajmniej dwóch spośród poniższych:

* Umiejetności rozpoznawania zmian dotyczących już istniejących znamion,
w szczególności:
* zgrubienie,
* zaczerwienienie wokół znamienia,
* swędzenie,
* krwawienie,
* powiększenie,
* zmiany zabarwienia,
* zmiana kształtu,
* Umiejętności rozpoznawania zmian w obrębie znamienia budzących niepokój onkologiczny, w szczególności:
* asymetria - zmiana kształtu znamienia z okrągłej na niesymetryczną,
* brzegi - nierówne, postrzępione brzegi znamienia,
* kolor zmiany w zabarwieniu znamienia: ściemnienie, rozjaśnienie, różne zabarwienia w obrębie tego samego znamienia,
* rozmiar, średnica znamienia - ocenie powinny być poddane wszelkie znamiona
o wielkości powyżej 6 mm,
* Umiejętności stwierdzenia nowego lub zwiększającego się znamienia/znamion,
w tym znamiona atypowe tzn. charakteryzuje się nieregularnym kształtem oraz różnymi kolorami.
* Umiejętności stwierdzenia oparzenia słonecznego wymagającego konsultacji ze specjalistą dermatologiem,
* Uzyskana wiedza, że czerniak może powodować zmiany w strukturach skóry, niewidoczne gołym okiem – dlatego tak ważne są coroczne badania dermatoskopowe lub wideodermatoskopowe.
* Uzyskana wiedza, że czerniak może rozwijać się nie tylko na skórze, ale także – choć zdarza się to rzadko – wewnątrz gałki ocznej lub na spojówce (czerniak oka).
* Uzyskana wiedza, że czerniak może powodować przerzuty, w tym między tzw. ogniskiem pierwotnym czerniaka, a węzłem chłonnym, poprzez przerzuty do węzłów chłonnych, aż do przerzutów do odległych narządów chorego. Odległe przerzuty
są wykrywane w płucach, jelitach, wątrobie, w mózgu, w kościach, rzadziej w trzustce
i tchawicy.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK |  |  | NIE |  |  |  |

1. **Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczyła Pani/Pan poważnego oparzenia słonecznego (bolesne oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające przez minimum 2 dni)?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK |  |  | NIE |  |  |  |

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, nazwisko PESEL** |  |
| **Adres i kod adresowy** |  |
| **Telefon/ e-mail** |  |
| **Wykształcenie** |  |
| **Status na rynku pracy** |
| **Osoba pracująca** | **Osoba bezrobotna** |
| **Zawód wykonywany i miejsce pracy:** | Długotrwale TAK NIE  |
| Zarejestrowana TAK NIE  |
| Bierna zawodowo TAK NIE  |
| Administracji rządowej | Administracji samorządowej | inne | MiŚP\*do 250 pracowników | Duże przedsiębiorstwo | Pracująca na własny rachunek | W tym ucząca się TAK NIE  |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej**, TAK NIE Odmowa podania informacji**migrant, osoba obcego pochodzenia** |
| **Osoba bezdomna lub wykluczona z dostępu** TAK NIE Odmowa podania informacji**do mieszkań** |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** TAK NIE Odmowa podania informacji(załączyć dokument potwierdzającego niepełnosprawność) |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji** TAK NIE Odmowa podania informacji  |

\* - Małe i Średnie Przedsiębiorstwo

Data …………….. Czytelny podpis uczestni/czki/ka..……………………………..

**Oświadczam, że**

- nie mam zdiagnozowanego nowotworu skóry,

- nie uczestniczę w „Programie ABCDE samokontroli znamion (…) realizowanym w ramach

Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Działania 5.1.

- w ostatnich 12 miesiącach przed przystąpieniem do programu, nie skorzystałam z konsultacji dermatologicznej wraz z badaniem dermatoskopowym / wideodermatoskopowym całego ciała w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,

- mój udział w projekcie jest dobrowolny, wyrażam zgodę na udział w poszczególnych jego etapach i na każdym z nich mogę zrezygnować.

Data …………….. Czytelny podpis uczestni/czki/ka..……………………………..

Zweryfikowano z dokumentu tożsamości

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJA DLA LEKARZA RODZINNEGO**(egzemplarz do przekazania pacjentowi)**WYNIK BADANIA**□ nie stwierdzono zmian nowotworowych  □ zmiana o charakterze sugerującym nieczerniakowy nowotwór skóry  □ zmiana podejrzana  □ zmiana sugerująca czerniaka**ZALECENIA**□ wizyta kontrolna u dermatologa/chirurga onkologa za 6 miesięcy  □ wizyta kontrolna u dermatologa/chirurga onkologa za 12 miesięcy  □ skierowano na konsultację onkologa/chirurga onkologa □ skierowano na dalszą diagnostykę: .................................................

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………. | ………………………………………….. |
| Data i podpis lekarza | Podpis pacjenta |

 | **INFORMACJA DLA LEKARZA RODZINNEGO** (egzemplarz do dokumentacji projektu)**WYNIK BADANIA**□ nie stwierdzono zmian nowotworowych  □ zmiana o charakterze sugerującym nieczerniakowy nowotwór skóry  □ zmiana podejrzana  □ zmiana sugerująca czerniaka**ZALECENIA**□ wizyta kontrolna u dermatologa/chirurga onkologa za 6 miesięcy  □ wizyta kontrolna u dermatologa/chirurga onkologa za 12 miesięcy  □ skierowano na konsultację onkologa/chirurga onkologa □ skierowano na dalszą diagnostykę: .................................................

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………..………………. | ………………………………………….. |
| Data i podpis lekarza | Potwierdzenie otrzymania przez pacjenta |

 |

**Ankieta satysfakcji pacjenta**

### *Szanowny Panie/Szanowna Pani,*

*Poniższa ankieta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii oraz uwag na temat* ***Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego.*** *Otrzymane informacje pomogą nam na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X. Ankieta jest anonimowa*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | mężczyzna  |   |

1. **Płeć:** kobieta

1. **Data urodzenia:** (proszę wpisać)………………………………………………………………………

1. **Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w Programie?**

|  |
| --- |
|   |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | raczej tak  |   | raczej nie  |   | zdecydowanie nie  |   |

zdecydowanie trudno tak powiedzieć

1. **Czy wziąłby Pan/wzięłaby Pani ponownie udział w podobnym Programie?**

|  |
| --- |
|   |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | raczej tak  |   | raczej nie  |   | zdecydowanie nie  |   |

zdecydowanie trudno tak powiedzieć

1. **Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?**

|  |
| --- |
|   |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | raczej tak  |   | raczej nie  |   | zdecydowanie nie  |   |

zdecydowanie trudno tak powiedzieć

1. **Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu organizacji świadczeń w Programie (godziny**  **udzielania świadczeń, warunki lokalowe itd.?)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | raczej tak  |   | raczej nie  |   | zdecydowanie nie  |   | trudno powiedzieć  |   |

zdecydowanie

tak

1. **Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z podejścia personelu medycznego udzielającego świadczeń w**  **Programie (pod względem uprzejmości, życzliwości, zainteresowania pacjentem)?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | raczej tak  |   | raczej nie  |   | zdecydowanie nie  |   | trudno powiedzieć  |   |

zdecydowanie

tak

1. **Czy zakres świadczeń udzielanych w Programie odpowiadał na Pan/Pani potrzeby zdrowotne?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | raczej tak  |   | raczej nie  |   | zdecydowanie nie  |   | trudno powiedzieć  |   |

zdecydowanie

tak

1. **Czy przez udział w Programie zwiększył/a Pan/Pani swoją wiedzę na temat samobadania skóry**

 **podczas codziennych zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych które może Pan/Pani sam/sama wykonywać w domu?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | raczej tak  |   | raczej nie  |   | zdecydowanie nie  |   | trudno powiedzieć  |   |

zdecydowanie

tak

Miejsce na Pana/Pani dodatkowe uwagi:

 ……………………………………………………………………………………………………………………………….………………

……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………

……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….………………

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

**KARTA RYZYKA – Cz. I - WYPEŁNIA PACJENT**

Data i miejsce wypełnienia ankiety ............................ / ...........................

Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok) ............... / ................. / ......................

Obszar zamieszkania:

□ wieś □ miasto od 100 tys. do 500 tys. □ miasto do 10 tys. mieszkańców

□ miasto do 50 tys. mieszkańców □ miasto powyżej 500 tys.

 □ miasto od 50 tys.- 100 tys. mieszkańców mieszkańców

Płeć:

|  |  |
| --- | --- |
|  □ Kobieta Wykształcenie:  | □ Mężczyzna  |
|  □ podstawowe  | □ średnie  |
|  □ zawodowe  | □ wyższe  |

Udział w programie polityki zdrowotnej na terenie woj. łódzkiego:

 □ pierwszorazowy □ uczestnik innych programów polityki zdrowotnej woj. łódzkiego

Sposób kwalifikacji do programu:

 □ rejestracja samodzielna - wiek 40-64 r.ż. □ zaproszenie od lekarza POZ

Motywacja do udziału w badaniu:

 □ z powodu wielu pieprzyków, przebarwień, znamion na skórze

 □ znamię zmieniło się lub wygląda podejrzanie, pojawiła się nowa zmiana

 □ w przeszłości zdiagnozowano u mnie nowotwór skóry

 □ w mojej rodzinie zdiagnozowano raka skóry

 □ jestem osobą z jasną karnacją, rudą, z niebieskimi lub zielonymi oczami

 □ jestem osobą o obniżonej odporności

 □ chcę zbadać skórę w ramach profilaktyki

 □ inna ......................................................................................

Czy poddany/a był/a Pan/Pani kiedykolwiek wcześniej badaniu dermatoskopowemu?

 □ tak □ nie

 Liczba badań dermatoskopowych w przeszłości: ………………………..

Czy Pana/Pani aktywność zawodowa jest lub była związana z przebywaniem na słońcu? Jeśli tak to przez ile lat? □ nie

 □ tak, przez:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □  |  □ 1 rok lub mniej  | □ 5-10 lat  |
|  | □ 1-5 lat  | □ ponad 10 lat  |

 Obecnie wykonywany zawód:

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

Jak ocenia Pan/Pani reakcję swojej skóry na promienie słoneczne latem?

□ zawsze ulega oparzeniom, nigdy się nie opala (opala się zawsze tylko na czerwono)

□ zawsze ulega oparzeniom, opala się minimalnie lub z trudnością (opala się zawsze na czerwono tylko nieznacznie zmieniając później kolor na brązowy)

□ najpierw ulega oparzeniom, a następnie się opala (najpierw opala się na czerwono dopiero później na brązowo)

□ ulega oparzeniom w sposób minimalny, opala się bez trudu (opala się zawsze na brązowo)

Czy w dzieciństwie doświadczył Pan/Pani poważnego oparzenia słonecznego (bolesne oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające przez minimum 2 dni)?

 □ nie

 □ tak

 □ 1-2 razy

 □ ponad 2 razy

 □ nie pamiętam

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył Pan/Pani poważnego oparzenia słonecznego (bolesne oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające przez minimum 2 dni)?

 □ nie

 □ tak

 □ 1-2 razy □ ponad 2 razy

 □ nie pamiętam

Liczba tygodni w roku podczas których intensywnie przebywa Pan/Pani na słońcu (wczasy, działka, praca zawodowa, hobby): ...................

Hobby związane z intensywnym przebywaniem na słońcu

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

Czy korzysta Pan/i z solarium?

 □ nie □ tak, więcej niż 20 razy w roku □ tak, do 20 razy lub mniej w roku

Czy korzystał Pan/Pani z solarium przed ukończeniem 18 r.ż.?

 □ tak □ nie pamiętam □ nie

Od ilu lat korzysta Pan/i z solarium? ……………………………

Czy korzystał/a Pan/i z solarium w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

 □ nie □ tak

Jeśli tak, proszę podać ilość wizyt w solarium w ciągu ostatnich 12 miesięcy: ......................................................

Czy korzysta lub korzystał/a Pan/i z lamp kwarcowych?

 □ nie □ tak

Jak często stosowała Pan/i kremy z filtrem UV podczas przebywania na słońcu powyżej 1 h?

 □ nigdy □ zawsze □ □ czasami

Czy stosowała Pan/i kremy przeciwsłoneczne podczas opalania w ciągu ostatnich 12 miesięcy?:

 □ nigdy □ zawsze

 □ czasem □ nie opalam się

Jakich kremów z filtrem UV najczęściej Pan/Pani używa?

|  |  |
| --- | --- |
| □  | poniżej 10 SPF  |
| □  | 10-20 SPF  |
| □  | 20 SPF  |
| □  | 20-40 SPF  |

 □ 50 SPF i więcej

Czy nosiła Pan/Pani okulary z filtrem UV w słoneczne dni ?

 □ nigdy □ zawsze □ czasem

Czy spędził/a Pan/i rok lub więcej w kraju o znacznie wyższym nasłonecznieniu, niż miejsce obecnego zamieszkania?

□ nie

□ tak, przed osiągnięciem 18. r.ż./ liczba lat ..............

□ tak, w życiu dorosłym/ liczba lat .............................

Jak często zgłasza się Pan/Pani na badanie swoich znamion?

 □ częściej niż raz w roku □ raz na 2 lata

 □ raz w roku □ to moje pierwsze badanie

Czy zna Pan/Pani liczbę znamion na ciele?

 □ < 25 □ >100

 □ 25-50 □ nie znam

 □ 50-100

Czy przeprowadzał/a Pan/Pani samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

 □ tak □ nie wiem/nie pamiętam □ nie

Jeśli tak, jak często przeprowadzał/a Pan/Pani samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □  | codziennie  | □ raz w miesiącu  |
| □  | raz w tygodniu  | □ raz na pół roku  |

Czy starała się Pan/Pani ograniczać bezpośrednią ekspozycję na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia?

 □ tak □ nie wiem □ nie

Czy starała się Pan/Pani ograniczać bezpośrednią ekspozycję na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

|  |  |
| --- | --- |
|  □ tak □ nie Czy chorował/a Pan/Pani na czerniaka?  |  □ nie wiem  |
| □ tak □ nie  Czy chorowała Pani/Pan na inne nowotwory skóry?  |  □ nie wiem  |
|  □ tak □ nie □ nie wiem  |  |

Czy ktoś w Pani/Pana najbliższej rodzinie chorował na czerniaka (krewni pierwszego stopnia: ojciec, matka, brat i siostra):

□ nie

□ tak, 1 osoba

□ tak, więcej niż 2 osoby

□ nie wiem

Czy przyjmuje Pan/Pani leki immunosupresyjne?

 □ tak

 □ nie

 □ nie wiem

Czy cierpi Pan/Pani na przewlekłe choroby zapalne skóry?

 □ tak

 □ nie

 □ nie wiem

**KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO – Cz. II – WYPEŁNIA LEKARZ**

Występowanie czerniaka u krewnych pierwszego stopnia:

□ nie □ tak, u więcej niż 2 krewnych □ tak, u 1 krewnego □ pacjent nie wie

Wcześniejsze występowanie raka skóry w wywiadzie osobniczym:

 □ nie □ tak, czerniak skóry

 □ tak, nieczerniakowy rak skóry □ pacjent nie wie

Badanie znamion całego ciała przeprowadzono z użyciem:

 □ dermatoskopu □ wideodermatoskopu

Liczba znamion na skórze pacjenta:

 □ < 25 □ 50-100

 □ 25-50 □ >100

Obecność zmian atypowych:

□ tak, liczba zmian □ nie

Obecność plam soczewicowatych na skórze pleców/klatki piersiowej:

□ tak □ nie

Stwierdzono rogowacenie słoneczne:

□ tak □ nie

Kliniczne podejrzenie czerniaka:

□ nie □ tak, liczba zmian

Kliniczne podejrzenie raka podstawnokomórkowego (BCC):

□ nie □ tak, liczba zmian

Kliniczne podejrzenie raka kolczystokomórkowego (SCC):

□ nie □ tak, liczba zmian

Jeśli obecna jest na ciele pacjenta zmiana, która budzi podejrzenia, kto pierwotnie ją dostrzegł?

|  |  |
| --- | --- |
| □  | pacjent  |
| □  | dermatolog  |
| □  | inny pracownik służby zdrowia  |
| □  | rehabilitant  |
| □  | kosmetolog  |
| □  | partner/współmałżonek  |
| □  | inna osoba  |

Szczegółowy opis badania dermatoskopowego wraz z rozpoznaniem:

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………

Wynik badania lekarskiego:

 □ nie stwierdzono zmian nowotworowych

 □ zmiana o charakterze sugerującym nieczerniakowy nowotwór skóry

 □ zmiana podejrzana

 □ zmiana sugerująca czerniaka

Zalecenia dla pacjenta:

 □ wizyta kontrolna u dermatologa/chirurga onkologa za 6 miesięcy

 □ wizyta kontrolna u dermatologa/chirurga onkologa za 12 miesięcy

 □ skierowano na konsultację onkologa/chirurga onkologa

 □ skierowano na dalszą diagnostykę: .................................................

Opracowano na podstawie dokumentu „Ankieta EUROMELANOMA 2015" oraz materiałów zamieszczonych przez KRN.

 Projekt „Zwiększenie dostępności do badań i wiedzy o nowotworach złośliwych skóry szansą na poprawę stanu zdrowia populacji województwa łódzkiego” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. **„Zwiększenie dostępności do badań i wiedzy o nowotworach złośliwych skóry szansą na poprawę stanu zdrowia populacji województwa łódzkiego”**

przyjmuję do wiadomości co następuję:

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

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
	1. Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
	2. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych
	w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.
2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:
	1. w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - iod@lodzkie.pl
	2. w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych” - iod@miir.gov.pl lub adres poczty rodo.praktykalekarska@gmail.com (dane kontaktowe u Beneficjenta).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu **„Zwiększenie dostępności do badań i wiedzy o nowotworach złośliwych skóry szansą na poprawę stanu zdrowia populacji województwa łódzkiego”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
4. 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 i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:
	1. w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:
		1. 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,
		2. 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,
		3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
	2. w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:
		1. 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,
		2. 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,
		3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
		4. 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.
5. Odbiorcą moich danych jest:
	1. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
	2. Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
	3. Beneficjent realizujący Projekt - Prywatna Praktyka Lekarska Przemysław Lik;
	al. ks. kard. Stefana Wyszyńskiego 5/1; 94-042 Łódź,
	4. Partner projektu - NZOZ "APIS-MED" JOLANTA ŻELIGOWSKA-GARNCZAREK; ul. Pomorska 80; 91-409 Łódź,
	5. podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

1. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
2. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
3. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
4. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.
6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowania.

…..……………………………………… ……………………………………………

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*\**